

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

535

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 Juillet 1896, à 1 heure

PAR

Jean LE LIONNAIS

Né à Saint-Quay-Portrieux (Côtes-du-Nord), le 20 février 1870.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien interne à l'Hôpital civil de Versailles.

Quelques considérations sur les difficultés du Diagnostic

DES

TUMEURS DE L'HYPONCHONDRE DROIT

FORMÉES PAR LA VÉSICULE BILIAIRE

Président : M. TERRIER, professeur

Jury { professeur : M. POUCHET.
agrégés : MM. TUFFIER et RICARD.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

535

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 Juillet 1896, à 1 heure

PAR

Jean LE LIONNAIS

Né à Saint-Quay-Portrieux (Côtes-du-Nord), le 20 février 1870.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien interne à l'Hôpital civil de Versailles.

Quelques considérations sur les difficultés du Diagnostic

DES

TUMEURS DE L'HYPOCONDRE DROIT

FORMÉES PAR LA VÉSICULE BILIAIRE

Président : M. TERRIER, professeur

Jury { *professeur : M. POUCHET.*
agrégés : MM. TUFFIER et RICARD.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Maladies des enfants.	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER
	{ PINARD.

Professeur honoraire : M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	THIERRY.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENÉTRIER.	THOINOT.
ANDRÉ	GILLES DE LA	NELATON.	TUFFIER.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	VARNIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	WALTHER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomiques	WEISS.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETTÉTER.	WIDAL.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	
DELBET.	MARFAN.	SÉBILLEAU.	

Le secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les o. inions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON FRÈRE

A MON PÈRE & MA MÈRE DÉFUNTS

A MES TROIS TUTEURS DÉFUNTS

A MON ONCLE & TUTEUR,
LE DOCTEUR LEUDUGER-FORTMOREL,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A MON DERNIER TUTEUR,
LOUIS LETONTURIER,
PROFESSEUR DE L'UNIVERSITÉ.

A MES AUTRES PARENTS & AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TERRIER

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Nous ne ferons pas ici une étude complète sur les difficultés que présente le Diagnostic des tumeurs cholécystiques de l'hypocondre droit. Ce n'est certes pas que le sujet soit dénué d'intérêt ; ce n'est pas non plus que son utilité soit discutable. Mais c'est que, pour traiter convenablement une question aussi vaste, certaines conditions sont indispensables que nous ne remplissons qu'imparfaitement ou même pas du tout.

Une chose nous manque tout d'abord, pour cette belle entreprise, c'est la connaissance pratique des langues étrangères. La faute n'en est pas toute à nous. Chacun sait, en effet, quel rang secondaire occupe dans les lycées l'enseignement des langues utiles.

Il nous manque encore une qualité bien nécessaire : c'est la compétence clinique. Or cette compétence s'acquiert assez peu dans les livres. C'est avant tout un fruit de l'expérience, que seules donnent les années. Le moment de goûter à ce fruit n'est pas encore venu pour nous, et certes nous l'attendrons sans impatience.

Notre but est bien plus modeste et beaucoup plus facile à atteindre. Nous désirons simplement montrer combien est malaisé le diagnostic des tumeurs de l'hypocondre droit

formées par la vésicule biliaire. Ce n'est assurément pas là une opinion nouvelle, et nous ne la donnons pas pour telle. Cependant elle nous a paru prêter matière à quelques considérations intéressantes, et ce sont ces considérations que nous voulons exposer dans notre thèse inaugurale.

On nous reprochera peut-être de n'avoir envisagé que les cas où les tumeurs cholécystiques sont perceptibles dans l'hypocondre droit. Évidemment ce n'est là qu'un point assez particulier de leur histoire clinique et il y a sans doute quelque chose d'artificiel à circonscrire ainsi le diagnostic de ces tumeurs. Mais il est arrivé à la vésicule biliaire d'occuper dans l'abdomen les positions les plus variées et d'y constituer par conséquent une matière fréquente à discussion; il nous aurait donc fallu passer en revue la plupart des variétés de tumeurs abdominales, ce qui aurait étendu outre mesure les limites de cette thèse, déjà volumineuse.

Bien plus, nous avons restreint encore le sujet et nous n'avons pas discuté la diagnostic avec absolument toutes les tumeurs qui ont pu prendre place dans l'hypocondre.

On ne nous reprochera pas non plus le nombre relativement faible des observations que renferme notre thèse. Nous ne pouvions vraiment pas citer tous les cas où il y eut difficulté pour le diagnostic ou erreur; ces cas sont légion. Nous avons pris, çà et là, quelques observations, sans nous inquiéter si elles étaient anciennes ou nouvelles, persuadé que l'essentiel était surtout de choisir des exemples typiques, à l'appui de nos assertions. Évidemment un bouquet d'observations inédites est une parure pour une thèse, et nous regrettons de n'en avoir qu'une seule à offrir; mais,

comme nous venons de le dire, il nous a semblé que le choix de ces observations devait être déterminé bien plus par la part d'enseignement qu'on en pouvait tirer que par leur nouveauté.

Tout dans cette thèse ne saurait être personnel. Nous avons dû emprunter beaucoup à de nombreux auteurs, qui n'ont laissé que bien peu à glaner derrière eux. Nous y avons mis cependant quelque chose de nous, à savoir la volonté de bien faire. On nous pardonnera donc, nous l'espérons, les lacunes de notre travail, en raison même de cette bonne volonté.

Avant d'entrer dans notre sujet, nous avons des remerciements à adresser à nos maîtres dans les hôpitaux de Paris : M. Gingeot, chez qui nous avons fait un an d'externat à l'hôpital Laënnec ; et M. Lejars, professeur agrégé, qui, à la clinique de la Pitié, nous a appris ce que nous savons de chirurgie, et qui a bien voulu se souvenir de nous lorsque nous recherchions un sujet de thèse.

Nous avons été pendant un an interne à l'hôpital civil de Versailles et nous gardons de nos collègues et de nos chefs de service le meilleur souvenir.

M. Tuffier, professeur agrégé, a bien voulu nous communiquer ses recueils d'observations et nous l'en remercions vivement.

Ces remerciements, nous les adressons aussi à notre ami Édouard Warde, étudiant en médecine, qui a mis à notre disposition sa connaissance de la langue anglaise.

M. le Professeur Terrier nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il reçoive l'expression de notre gratitude.

DIVISION DU SUJET

Après avoir déclaré quel était notre but, disons maintenant comment nous entendons l'atteindre.

Tout d'abord, dans une première partie, nous indiquerons quels sont, d'après les auteurs classiques, les caractères habituels des tumeurs hypocondriaques de la vésicule biliaire, nous en tracerons l'aspect clinique, nous montrerons à l'appui de quels signes locaux ou généraux il peut venir à l'idée du chirurgien de localiser dans la cholécyste une tumeur observée à l'hypocondre droit.

La seconde partie de cette thèse sera consacrée au diagnostic différentiel avec les tumeurs non vésiculaires qu'on peut observer dans la même région.

Dans une troisième partie, nous aborderons le diagnostic des différentes sortes de tumeurs que peut présenter la vésicule biliaire.

Dans la quatrième, nous discuterons le diagnostic de la cause de la tumeur.

Il nous sera facile, chemin faisant, de mettre en relief les réelles difficultés que présentent les étapes successives de ce diagnostic complet et nous terminerons par un court chapitre, qui sera, en quelque sorte, la conclusion pratique de notre travail, sur les moyens dont dispose le chirurgien pour rendre son diagnostic le plus précis.

PREMIÈRE PARTIE

*Diagnostic positif des tumeurs de la vésicule biliaire
perceptibles à l'hypocondre droit.*

Avant d'aborder l'examen critique des diverses tumeurs de l'hypocondre droit offrant avec celles qu'y produit la vésicule biliaire assez de points de contact pour être plus ou moins souvent confondues avec ces dernières, avant de dire quels sont les traits communs à ces maladies et par quels traits elles s'écartent les unes des autres, avant de chercher à bien montrer, comme tel est le but de notre thèse, que la somme des ressemblances est souvent trop supérieure à la somme des différences pour que le diagnostic ne soit pas des plus obscurs, nous croyons indispensable d'indiquer, dans une courte première partie, quels sont les symptômes habituels que revêtent les tumeurs cholécystiques. Munis de ce point de repère, nous aborderons avec une bien plus grande facilité le parallèle critique qui doit constituer la partie suivante de ce travail.

Or, les tumeurs de la vésicule sont de plusieurs sortes : ce sont parfois des néoplasmes, tantôt bénins, presque toujours malins ; parfois aussi ce sont des tumeurs dues à des

lésions inflammatoires chroniques des voies biliaires ; le plus souvent enfin ces tumeurs constituent des accidents de la lithiase biliaire.

Nous allons de suite présenter leur diagnostic positif, en commençant par la cholélithiase vésiculaire.

CHAPITRE I^{er}

Diagnostic positif des tumeurs de l'hypocondre droit qui sont dues à la lithiase biliaire.

La lithiase biliaire rentre dans le cadre des maladies par ralentissement de la nutrition, qu'a si magistralement décrites M. le Professeur Bouchard. C'est une des manifestations si multiples, si variées de ce qu'on nomme la diathèse arthritique. Les malades qui sont les victimes plus ou moins éprouvées de cette diathèse sont légion et infiniment nombreux aussi sont ceux qui sont atteints de lithiase biliaire. Après avoir interrogé un grand nombre de nécropsies, Naunyn, entre autres auteurs, a trouvé des calculs chez 1/10 des cadavres. Ce qui ne signifie nullement qu'un nombre pareil d'individus ont de leur vivant souffert de lithiase biliaire. En effet, bien souvent cette affection évolue en silence, sans provoquer d'accidents bruyants, sans qu'on puisse la dépister, sans qu'on puisse en soupçonner l'existence.

Assez souvent aussi, la plupart du temps même, dit M. le Professeur Dieulafoy, les calculs provoquent des troubles variés et des accidents plus ou moins graves.

Parmi ces troubles et accidents, les uns sont du ressort du médecin. Nous citerons comme exemples les troubles dus au cheminement difficile des calculs dans les voies biliaires, comme la colique hépatique, ceux dus à l'oblitération momentanée des canaux de la bile, comme l'ictère, etc.

D'autres appartiennent maintenant au chirurgien. Jean-Louis Petit, au siècle dernier, avait montré quel rôle brillant pouvait jouer la chirurgie dans la cure de certains accidents de la lithiasé biliaire et la chirurgie de ce dernier quart de siècle est venue réaliser ses projets et ses prédictions.

Parmi ces accidents, d'ordre maintenant chirurgical, il faut mettre tout à fait au premier rang ceux qui résultent de l'oblitération permanente par les calculs des canaux biliaires extra-hépatiques, oblitération qui aboutit fréquemment à la production de tumeurs.

C'est à l'étude du diagnostic des tumeurs ainsi produites dans l'hypocondre droit que nous voulons consacrer ce chapitre.

Nous exposerons tout d'abord les signes objectifs de ces tumeurs ; un second paragraphe sera consacré à décrire les troubles généraux ou fonctionnels qui les accompagnent d'habitude.

L'examen méthodique de toute tumeur se fait en inspectant, en palpant, en percutant, en auscultant cette tumeur. C'est aussi dans cet ordre que nous passerons en revue les caractères des tumeurs vésiculaires hypocondrales.

L'inspection de la région est souvent infructueuse. Il arrive pourtant qu'elle soit déformée, qu'on y constate un soulèvement de la paroi ; la région paraît plus ou moins

saillante, plus ou moins bombée. Quant aux caractères de la peau, ils sont normaux.

La palpation hypochondriaque nous fournira, pour sa part, la majeure partie des renseignements : elle nous révélera tout d'abord qu'il existe une tumeur, alors que l'inspection aura eu une réponse négative ; elle nous dira par la suite quelle en est la situation exacte, sa forme, son volume, sa consistance ; elle nous fera savoir si la tumeur est ou fixe ou mobile ; elle nous renseignera, outre cela, sur l'état de la sensibilité, sur les connexions de la tumeur avec les organes voisins, sur l'état de ces organes et sur celui de la peau.

La tumeur siège donc dans l'hypocondre droit, sous le bord inférieur du foie, généralement sur une ligne oblique, très importante pour les auteurs anglais, ligne qui part de l'extrémité interne du dernier cartilage costal, se dirigeant en bas et à gauche, pour passer un peu au-dessous de l'ombilic. C'est ce que Denucé appelle la ligne chondro-costo-ombilicale.

La tumeur peut n'occuper que l'hypocondre ; elle peut aussi empiéter sur les régions voisines ; elle peut même quitter complètement l'hypocondre droit pour aller se loger en des points très variés de l'abdomen ; mais nous n'avons à nous inquiéter ici que des tumeurs sensiblement hypochondrales.

Cette tumeur est circonscrite, bien limitée. Elle présente parfois une forme arrondie, mais généralement elle est pyriforme : elle a une grosse extrémité se dirigeant en bas et en dedans et une petite allant en haut et en dehors. Elle est tantôt lisse et régulière, tantôt irrégulière et bosselée.

Tantôt dure et présentant des nodosités qui donnent la

sensation de noisettes contenues dans un sac, comme disait J.-L. Petit, elle est le plus souvent élastique, rénitente et offre une fluctuation rarement nette, en raison de l'épaisseur des tissus qui la séparent de l'extérieur.

Son volume est variable. On a tantôt affaire à une tumeur grosse comme une vésicule normale. Souvent aussi elle est plus développée et on la compare alors, dans les observations, à un œuf d'oie, à une noix de coco, au poing d'un adulte, à une tête de fœtus ou d'homme fait.

Parfois ce volume est sujet à des variations; la tumeur augmente et diminue, disparaît même, pour reparaitre ensuite.

Elle atteint ses dimensions en général lentement; cependant quelquefois la tumeur s'est formée brusquement.

Dans la plupart des cas, la tumeur cholélithiasique est spontanément mobile; elle suit les mouvements d'inspiration et d'expiration, elle suit encore les mouvements du foie et du diaphragme dans la toux, l'éternuement, etc. On peut aussi lui imprimer des mouvements de latéralité, mais les déplacements suivant son grand axe, c'est-à-dire de haut en bas, sont plus limités. Cette mobilité est indépendante de celle des parois abdominales. Dans d'autres cas, plus rares, la mobilité est moins nette, et la tumeur semble parfois faire plus ou moins corps avec les parois de l'abdomen. Dans quelques circonstances, enfin, fixées par des adhérences aux organes voisins, la tumeur paraît presque totalement immobile.

Quant à ces organes voisins, la connexion intéressante est celle qu'affecte la tumeur avec le foie, sous le bord inférieur duquel elle semble se terminer. Parfois, cependant,

ce rapport est moins net. Dans certains cas enfin, la tumeur est reliée au foie par un pédicule, par un cordon.

Le foie est rarement normal. C'est ainsi qu'en l'examinant dans la lithiase biliaire, Glénard l'a trouvé, 90 fois sur 100 chez l'homme, et 69 fois sur 100 chez la femme, anormal, abaissé, hypertrophié, tuméfié, sensible.

La palpation nous dira enfin si la paroi est oedématiée, ce qui s'observe quelquefois, et si la région est sensible : rarement, elle est parfaitement indolente, elle est le plus souvent un peu douloureuse; parfois même la douleur est assez vive, assez intolérable pour que la palpation amène des vomissements et une syncope.

La percussion de l'hypocondre fait constater une zone de matité présentant la forme de la tumeur; cette zone se déplace peu si l'on fait le malade changer de position. On constate de plus que cette matité se continue en haut avec celle du foie; il n'y a pas de zone sonore interposée. C'est là un caractère important, dont l'absence a pu occasionner des erreurs de diagnostic très explicables.

J.-L. Petit a indiqué qu'en malaxant la tumeur, on peut quelquefois sentir un craquement ou entendre un bruit semblable à celui que feraient des noisettes enfermées dans un sac. Cette sensation, qui résulte de la collision des calculs entre eux, ne se présente guère que dans la variété de ces tumeurs que nous étudierons plus loin sous le nom de tumeur calculeuse pure. L'auscultation de la région lui donne un caractère encore plus tranché, ainsi qu'en témoignent Barth et Roger (page 497). Ce bruit de collision doit être recherché avec soin, mais il est assez rarement perçu.

Durand-Fardel, en particulier, dit ne l'avoir jamais entendu.

Mais l'existence d'une tumeur dans une région aussi importante que l'hypocondre droit ne doit pas passer sans avoir quelque retentissement sur l'état général du malade ou tout au moins sur le bon fonctionnement des organes du voisinage.

Cependant, on observe de temps en temps des cas où la tumeur est le seul signe de la maladie. Parfois même c'est par hasard que le malade l'a découverte et elle a grossi sans douleur ni réaction sur la santé. Mais, le plus souvent, il existe des troubles locaux et généraux, d'une intensité du reste assez variable.

Le malade se plaint d'éprouver au niveau du foie une pesanteur insolite, qui disparaît et revient, sans qu'il en soit bien gêné et bien tourmenté. Ou bien ce sont des tiraillements, une douleur continue en un point fixe de l'hypocondre droit, des crampes dites d'estomac. Tous ces phénomènes douloureux spontanés augmentent dans les mouvements imprimés à la région (marche, toux, efforts, éternuement, etc.).

Ou bien cette douleur est atroce, paroxystique, présentant des irradiations variées (abdomen, rein, épaule, dos), parfois même se généralisant, si bien que le patient déclare souffrir par tout le corps et reste cloué sur son lit, inerte, se refusant à tout mouvement et à tout examen.

Outre ces douleurs continues, le malade peut être en proie à des crises de coliques hépatiques, avec leurs caractères cliniques habituels, crises qui sont parfois subin-

trantes et laissent le malheureux souffrant dans le plus triste état.

L'ictère, comme les coliques, est un symptôme inconstant. Lorsqu'il existe, il peut être suivi de toutes ses conséquences. Peau et muqueuses sont atteintes de jaunisse généralement intense, comme dans tout ictère par rétention. On retrouve les pigments biliaires dans les sécrétions. Les urines sont épaisses, brun foncé avec des reflets verdâtres. Le réactif de Gmehlin y décele les pigments et celui de Pettenkofer les acides de la bile. La sueur teint parfois le linge en jauné. Il existe des troubles gastro-intestinaux : anorexie et état saburral des premières voies (langue épaissée, sale, bouche pâteuse et amère), dégoût des aliments gras, digestion pénible du peu d'aliments absorbés ; matières fécales décolorées, grisâtres, argileuses, couleur de mastic, fétides, dures, souvent difficiles à rejeter au dehors, d'où constipation opiniâtre. Du côté de la circulation, ralentissement du pouls, même chez le fébricitant, souffle systolique vers la pointe, hémorragies diverses, pétéchies, épistaxis, mélcœna pouvant masquer la décoloration des selles. Parfois, troubles urinaires, la cholémie engendrant assez souvent l'urémie. Troubles cutanés, consistant en démangeaisons insupportables, parfois du xanthélasma. Troubles nerveux du côté des sens (sensations gustatives anormales, exceptionnellement xanthopsie) et de l'intellect (apathie, hypocondrie), souvent humeur irritable, céphalée.

L'empoisonnement biliaire amène finalement un amaigrissement plus ou moins rapide, une faiblesse croissante qui confine au lit le malade, et enfin un véritable état de marasme.

A tout cet ensemble symptomatique relevant de l'empoisonnement biliaire, viennent parfois se surajouter les manifestations générales et locales de la suppuration.

Le foie devient plus gros et plus douloureux, la région hypocondriaque et la tumeur sont le siège d'une douleur aiguë, telle que nous venons de la décrire. Enfin, la suppuration s'étendant au foie donnera lieu aux signes de l'angiocholite suppurée ou des abcès du foie.

Et alors la fièvre hépatique viendra jeter sa note. Elle constitue, quand elle existe, un élément important du diagnostic, parce qu'elle présente une physionomie clinique un peu spéciale et parce qu'elle indique que les voies biliaires sont infectées. Ce symptôme, dit Dupré, constitue, « en pathologie hépatique, le phénomène solennel et, pour ainsi dire, le critérium de l'infection biliaire secondaire ».

Cette fièvre biliaire, bien connue grâce aux travaux de Monneret et de Charcot, présente quatre types différents, qui peuvent, d'ailleurs, se succéder les uns aux autres et se transformer les uns dans les autres. Ce sont : le type nerveux, le type éphémère, le type intermittent et le type rémittent.

Le type nerveux et le type éphémère, qui constituent deux variétés de la fièvre hépatalgique de Charcot, ne s'observent guère dans la cholécystite calculeuse suppurée.

Le type rémittent, qui est le type fébrile des abcès du foie, s'observe aussi dans la maladie qui nous occupe. Il n'offre rien de particulier ici et sa courbe est celle de toutes les fièvres de suppuration.

Quant au type intermittent, à la fièvre intermittente hépatique, que M. Chauffard appelle fièvre bilio-septique,

il n'est pas sans analogie avec la fièvre uro-septique qui accompagne les altérations des voies urinaires et revêt, par conséquent, des caractères un peu spéciaux.

Cette fièvre se présente sous forme d'accès violents qui ressemblent aux accès de fièvre palustre. Comme dans la fièvre palustre, le malade passe par les trois stades successifs de frisson, de chaleur et de sueur. Comme dans la fièvre palustre, ces accès sont intermittents. La fièvre biliaire revêt d'ordinaire le type quotidien, parfois le type tierce, très rarement d'autres types de périodicité. Il existe pourtant une différence importante : c'est ainsi que l'accès biliaire, se comportant comme les autres formes de fièvre intermittente symptomatique (tuberculose, suppurations diverses, cachexie), est surtout vespéral dans son apparition, alors que l'accès palustre débute presque toujours entre minuit et midi. Quant à l'élévation thermique, elle est variable; cependant, elle est très généralement élevée; le thermomètre marque 40° et 41°. La marche de cette fièvre est chronique; elle présente des rémissions prolongées, suivies de brusques réveils. Son pronostic est grave et la thérapeutique médicale impuissante contre elle.

Tels sont les caractères qui permettent de reconnaître les tumeurs hypocondrales qui relèvent de la cholélithiase vésiculaire.

CHAPITRE II.

Diagnostic positif des tumeurs de l'hypocondre droit formées par la cholécyste non calculeuse et non néoplasique.

Des travaux récents ont montré qu'on pouvait observer dans l'hypocondre droit non seulement des tumeurs cholécystiques calculeuses ou néoplasiques, mais encore des tumeurs simplement inflammatoires.

Ces tumeurs vésiculaires non calculeuses ressemblent cliniquement aux tumeurs cholélithiasiques, et nous ne ferions que répéter ce que nous venons de décrire si nous voulions exposer leurs signes objectifs.

Bien plus, la ressemblance subsiste dans les symptômes fonctionnels. La colique hépatique est un de leurs signes les plus constants. Quant à l'ictère, il peut aussi exister ou être absent. La seule différence clinique, c'est ici l'absence de calculs dans les garde-robes.

Nous verrons dans notre troisième partie comment il est difficile de distinguer ces tumeurs non calculeuses des tumeurs cholélithiasiques de la vésicule.

CHAPITRE III

Diagnostic positif des tumeurs néoplasiques de la cholécyste.

En dehors des tumeurs liées à la lithiase biliaire et de celles que nous venons de décrire dans notre précédent chapitre, on n'observe plus dans la vésicule que des néoplasmes,

Quant à ces néoplasmes, on est en droit de dire que ce sont presque toujours des tumeurs malignes.

On a bien observé aussi quelques tumeurs bénignes. Mais leur rareté n'a d'égale que la diversité de leurs formes anatomiques, et l'on ne peut, sur des cas si exceptionnels, se baser pour leur décrire des symptômes ordinaires. La confusion, cependant, en est possible avec les tumeurs cholélithiasiques, ainsi qu'en témoigne le fait suivant :

OBSERVATION I (*Israël et Adler*).

Un homme de 37 ans était atteint depuis dix-huit mois de *coliques hépatiques* devenues presque journalières et durant

deux à trois heures. Pendant les accès, on sentait, sur la ligne mamelonnaire, à peu près à la hauteur de l'ombilic, un corps dur, de la grosseur d'une cerise, très mobile, dépassant de deux travers de doigt le bord antérieur du foie, se déplaçant pendant les mouvements respiratoires et très douloureux à la pression. Point d'ictère, ni de matières colorantes de la bile dans l'urine, jamais de calculs dans les garde-robes. La laparotomie montra qu'il s'agissait tout simplement d'une dégénérescence kystique de la vésicule, *sans lithiase*. Il existait, en effet, des kystes sous-muqueux, remplis d'un liquide bilieux renfermant de la cholestérine.

Mais, dans la pratique, on n'aura guère à penser à ces tumeurs bénignes.

Quant aux néoplasmes malins de la vésicule, ils revêtent presque toujours la forme de cancers. Dans de très rares cas (Czerny, Riedel), à la vérité, on trouva des sarcomes.

Ces cancers sont assez souvent secondaires, et, lorsqu'ils sont primitifs, ce sont généralement des épithéliomas.

Notons encore qu'avec ces néoplasmes coexistent constamment des calculs biliaires.

Les cancers de la vésicule ne présentent pas de symptômes absolument caractéristiques, de caractères qui leur appartiennent en propre. A leur commencement, rien que des troubles mal définis et, par la suite, ils empruntent à d'autres maladies la plupart de leurs signes.

Leur début est presque toujours latent. Tantôt ce sont des douleurs vagues dans le ventre, sans tendance aucune à se localiser, ou bien il y aura dans l'hypocondre droit une sensation de gêne, de pesanteur. Tantôt la maladie s'annoncera par de vagues troubles digestifs, alternatives de diar-

rhée et de constipation, ou par des crises de coliques hépatiques, L'ictère n'existe pas toujours. Le foie est ou n'est pas douloureux.

En un mot, ce début, de durée variable, ne présente généralement pas de phénomènes précis attirant l'attention sur la région malade.

A la période d'état, le cancer vésiculaire revêt deux formes cliniques très différentes.

Dans une première variété, il emprunte dans son évolution les allures du carcinome primitif du foie, avec lequel on le confond souvent.

Dans cette variété, il n'y a ni ascite, ni ictère, au début du moins. Le foie est volumineux, plus ou moins régulier. Parfois on trouve à l'épigastre une tuméfaction plus ou moins résistante, une plaque ligneuse dans la région de la vésicule, mais souvent aussi on ne constate qu'une hypertrophie totale du foie, sans dilatation des veines sous-cutanées abdominales. Le malade succombe, présentant tous les signes d'une cachexie à marche progressive, ceux de l'insuffisance hépatique ou d'une péritonite suppurée.

Dans la seconde variété, la scène morbide est tout entière occupée par un ictère par rétention auquel viennent s'ajouter l'ascite, les phénomènes cachectiques et les troubles urinaires.

Les troubles digestifs sont en général précoces. Peu marqués au début, ils s'accroissent peu à peu et prennent une importance très grande, lorsque survient un ictère désormais permanent.

L'exploration méthodique de l'hypocondre droit y décèle l'existence d'une tumeur qu'on rapporte fréquemment au

pylore, au duodénum, au foie, etc. Limitée au début, cette tumeur ne tarde pas à former une masse globuleuse ou ovoïde, tantôt lisse et régulière, tantôt inégale et bosselée. Elle semble se continuer avec le foie dont elle suit les mouvements. Son volume varie depuis celui d'un œuf jusqu'aux dimensions d'une tête de fœtus. La consistance est ferme; il est très rare d'y percevoir une sensation de fluctuation comme parfois dans l'hydropisie de la vésicule. Elle est douloureuse spontanément et devient très sensible à la palpation. L'ascite n'est pas rare.

L'infection biliaire secondaire s'accompagne, comme au cas de vésicule cholélithiasique, d'accès de fièvre hépatique intermittente ou rémittente.

DEUXIÈME PARTIE

Difficultés du diagnostic différentiel des tumeurs de la vésicule biliaire perceptibles à l'hypocondre droit.

Après avoir, dans la précédente partie, indiqué les signes à l'aide desquels on fait le diagnostic des tumeurs de l'hypocondre droit constituées par la vésicule biliaire, il est nécessaire d'insister de suite sur ce fait important, à savoir qu'il est très rare en clinique d'observer un groupement symptomatique aussi complet et d'avoir de telles facilités pour reconnaître exactement la tumeur, en dire l'origine et par suite établir le traitement sur des bases assurées.

D'habitude le diagnostic chirurgical de la tumeur est rendu beaucoup plus difficile, et il en est de même du diagnostic médical de la cholélithiase.

Souvent les caractères objectifs de la tumeur sont peu prononcés; elle peut présenter dans sa forme et dans sa situation les plus bizarres anomalies; sa position exacte et ses connexions avec le foie peuvent être masquées par l'interposition d'anses intestinales sonores entre elle et le foie, entre elle et la paroi abdominale; cette paroi elle-même peut être oedématisée, chargée de graisse et son épais-

seur deviendra un obstacle sérieux à l'exploration manuelle de l'hypocondre; sous l'influence du nervosisme, chez les individus doués d'une sensibilité exceptionnelle, impressionnables au chatouillement, ou bien sous l'action de la douleur, la contraction spasmodique de la paroi du ventre, qui la fait roide comme une planche, viendra parfois s'opposer à l'exploration profonde et constituera un obstacle invincible par tout autre moyen que l'anesthésie. Enfin les nombreuses variétés de tumeurs perceptibles à l'hypocondre droit présentent de temps à autre avec la tumeur cystique une telle ressemblance, leurs symptômes sont parfois tellement identiques qu'il est alors impossible de trancher le diagnostic autrement que par la vue de la tumeur, par l'incision exploratrice de la paroi de l'abdomen. Bien souvent, en un mot, il faudra reconnaître avec Racle, Straus et Fernet (*Traité de diagnostic*, 5^e édition, p. 532) que les caractères indiqués pour diagnostiquer les tumeurs vésiculaires « sont plus théoriques que pratiques », et par suite conclure que ce diagnostic présente, au moins par la seule aide des procédés habituels d'exploration physique, de véritables impossibilités.

Si, d'autre part, les conditions d'âge, de sexe du malade, l'existence chez lui d'antécédents de cholélithiase imposent souvent le diagnostic médical de la maladie, on sait qu'il est des cas où cette maladie se manifeste par la seule présence d'une tumeur hypocondrale. On sait aussi combien sont nombreux les cas frustes de cholélithiase. Il s'en faut, disent tous les médecins, que la colique hépatique ait toujours la même intensité; il est même fréquent que les gens atteints de lithiase biliaire se plaignent simplement de

crampes d'estomac, qu'on est toujours tenté de mettre sur le compte d'une gastralgie et qui sont en réalité des coliques hépatiques rudimentaires. Il y a aussi des coliques hépatiques larvées, pour ainsi dire indolores, la présence et la migration du calcul se révélant par des frissons, par des vertiges, par des lipothymies. Or, quand une maladie est souvent aussi mal caractérisée, quand les signes sont aussi vagues, quand leur interprétation est si délicate et entourée de tant de pièges, il serait bien difficile, on le conçoit, de la diagnostiquer toujours et à coup sûr et, de fait, les erreurs de diagnostic ne se comptent pas, si elles s'expliquent.

De plus, si la colique hépatique est, dans l'immense majorité des cas, associée à la lithiase biliaire, il arrive qu'elle soit produite par d'autres causes que le cheminement pénible d'un calcul. Nous aurons à tenir compte de ce fait dans plusieurs des affections dont nous allons discuter le diagnostic différentiel. Ce syndrome clinique n'est donc pas pathognomonique de cholélithiase.

Quant à l'ictère, c'est loin d'être un signe évident d'obstruction calculeuse des voies biliaires; l'obstruction reconnaît des causes multiples, comme on le verra plus loin; et multiples aussi sont les maladies non calculeuses qui comptent l'ictère parmi leurs signes importants.

De ces faits, nous tirerons la conclusion que, si le médecin ne peut dépister partout et toujours la lithiase biliaire, il n'est pas plus facile pour le chirurgien de faire le diagnostic positif des tumeurs qu'elle produit.

Ces considérations préliminaires terminées, nous continuerons en montrant, dans cette partie, combien nombreu-

ses sont les affections abdominales pouvant être confondues avec la tumeur vésiculaire.

Et d'abord nous allons donner, dans un court tableau, la liste des diagnostics différentiels que nous comptons étudier dans cette thèse. Après quoi nous passerons à leur discussion, nous nous efforcerons de bien mettre en lumière les difficultés qu'on peut rencontrer dans cette tâche, les résultats peu concluants que nous donne l'exploration par les moyens ordinaires, et ainsi se justifieront d'elles-mêmes quelques-unes de nos conclusions, à savoir celles qui concernent la ponction et l'incision exploratrices des tumeurs de l'hypocondre droit.

a) Tumeurs du foie.	{ Kystes hydatiques. Absès. Cancers. Anomalies.
b) Tumeurs du péritoine. . .	{ Péritonite périhépatique. Lipomes. Tumeurs de l'épiploon.
c) Tumeurs de l'intestin. . .	{ Cancer. Scybales.
d) Tumeurs du pancréas. . .	{ Kystes. Cancers.
e) Tumeurs rénales.	{ Rein ectopié. Tumeurs proprement dites. Hydronéphrose.
f) Tumeurs de la paroi abdominale.	

CHAPITRE I^{er}

Diagnostic avec les kystes hydatiques du foie.

Le siège nettement hypocondriaque d'une tumeur constitue, comme nous dit M. le Professeur Tillaux (*Chirurgie clinique*), une forte présomption en faveur d'une tumeur du foie, cancer, abcès ou kyste hydatique, ou en faveur d'une tumeur de la vésicule biliaire.

Les abcès du foie étant rares dans nos climats et le cancer hépatique n'étant pas du ressort de la chirurgie, l'intérêt du diagnostic se concentre donc presque exclusivement sur la différenciation d'une tumeur de la vésicule avec un kyste hydatique du foie. C'est par cet important diagnostic que nous commencerons.

Une tumeur qui fait plus ou moins saillir la région hypocondriaque et repousse les côtes inférieures en haut et en avant, qui, à la palpation, est presque indolore, rénitente, élastique, plus ou moins régulièrement arrondie, qui est reliée au foie non par un pédicule, mais par une large base, qui suit cet organe dans les mouvements respiratoires, tumeur qui, à la percussion, est nettement mate et paraît, par la continuité de sa matité avec la matité hépatique,

faire corps avec la glande biliaire, cette tumeur fera songer immédiatement à un kyste hydatique du foie.

Si, à ces signes objectifs, on ajoute que cette tumeur s'est développée lentement, la plupart du temps sans trouble notable de la santé, ou en présentant quelques-uns de ces symptômes qui font d'habitude soupçonner l'existence d'un kyste hydatique dans le foie : douleur de l'épaule droite, associée à quelques douleurs de la région hépatique, à des sensations de tiraillement, de pesanteur dans l'hypocondre droit, troubles digestifs mal définis (inégalités d'appétit, dégoût des aliments gras, quelquefois diarrhée survenant après les repas), éruptions d'urticaire, même en dehors de toute ponction, parfois hémorragies, pleurésie droite, etc., etc., le diagnostic de tumeur hydatique de l'hypocondre droit sera presque assuré.

A plus forte raison, si le doigt qui percute perçoit ce signe pathognomonique et si rare qu'on dénomme frémissement hydatique.

Mais il s'en faut qu'en clinique les signes qui militent en faveur de cette affection soient aussi nombreux, aussi certains, de telle sorte qu'ils rendent évident ce diagnostic.

Les caractères physiques de la tumeur ne sont pas toujours nettement appréciables. La surcharge graisseuse de la paroi, la sensibilité exagérée du malade, l'intensité de la douleur provoquée par la palpation ne permettent pas toujours d'en faire un examen à fond ; l'anesthésie, il est vrai, leverait la plupart de ces obstacles, lesquels n'ont rien de particulier aux tumeurs de cette région.

D'autre part, les tumeurs vésiculaires et hydatiques présentent, dans leurs signes objectifs, une similitude assez

grande. Toutes deux peuvent soulever l'hypocondre, toutes deux sont circonscrites, bien limitées. Leur forme elle-même n'est pas toujours caractéristique, et, si les tumeurs de la vésicule revêtent généralement les contours d'une poire, il en est certaines qui, à l'instar des tumeurs hydatiques du foie, sont sensiblement arrondies, alors que les kystes parfois prennent un aspect pyriforme.

Le kyste hydatique est, dit-on, lisse et régulier; mais il n'en est pas autrement de nombreuses tumeurs vésiculaires.

Quant aux caractères de rénitence et d'élasticité, ils n'appartiennent pas en propre ni à l'une ni à l'autre variété de tumeurs.

Toutes deux aussi peuvent être fluctuantes ou plus souvent ne pas l'être.

La constatation du frémissement hydatique trancherait, il est vrai, la question; mais la rareté de ce signe est un fait bien connu. Trousseau, dans son immense pratique, ne l'a jamais constaté et beaucoup d'autres auteurs furent comme lui.

Quant au volume de la tumeur, il n'a rien de particulier dans les deux cas et ne constituera pas pour le diagnostic un élément utile.

Enfin, pour compléter la ressemblance et augmenter parallèlement la perplexité du chirurgien, il n'est pas jusqu'à ces variations de volume qu'on signale parfois dans les tumeurs cholélithiasiques de la vésicule qui ne puissent s'observer au cas de kyste hydatique.

Leur marche, leur évolution sont souvent identiques: les tumeurs hydatiques augmentent de volume lentement et il

est rare aussi que l'apparition des tumeurs de la vésicule soit brusque ou seulement rapide.

L'examen des rapports intimes de la tumeur avec le foie pourra bien, de son côté, n'être guère concluant. La participation aux mouvements physiologiques de la glande hépatique est, en effet, la même. Et s'il est vrai que généralement les kystes hydatiques paraissent reliés au foie par une large base, alors que, dans certains cas, la tumeur vésiculaire, entraînée par son poids et étirant son pédicule, semble totalement indépendante du foie, souvent aussi il arrive, comme l'a signalé Frerichs, que les kystes de la face inférieure du foie prennent la forme pédiculée.

Enfin, il n'est pas jusqu'aux altérations hépatiques qui ne puissent elles-mêmes prêter à la confusion par leur ressemblance dans les deux cas. C'est ainsi qu'en examinant le foie dans la lithiase biliaire, Glénard (de Lyon) l'a trouvé, chez 90 hommes et chez 69 femmes sur 100, anormal, abaissé, hypertrophié, tuméfié, sensible; en est-il autrement au cas d'échinocoques?

Nous ne demanderons pas davantage à la percussion de nous fournir le signe pathognomonique tant désirable; nous avons dit déjà combien était rare la perception du frémissement hydatique, et les autres renseignements fournis par l'examen de la sonorité ne remplaceront pas, quant à la valeur diagnostique, le vide produit dans le tableau clinique par l'absence de ce grand signe.

Pour résumer ce fastidieux parallèle des résultats donnés par l'exploration physique de ces tumeurs hypocondrales, nous pourrions dire, sans trop nous avancer, qu'à part le frémissement hydatique et le signe du choc des noisettes

(Jean-Louis Petit), les tumeurs vésiculaire et hydatique de l'hypocondre droit ne présentent guère de signe qui les distingue. Comme M. le Professeur Tillaux, nous concluons que, dans ces cas, tout diagnostic différentiel est impossible, à moins toutefois, — et la restriction est importante, — que la tumeur, au lieu d'être muette au point de vue fonctionnel, se soit traduite par un ensemble éloquent de signes.

Mais, là aussi, dans ces signes fonctionnels, que de pièges semés, que de causes d'erreur !

Prenons d'abord sous notre scalpel ces cas, pas très rares, où seule la tumeur existe, où la santé est parfaite, où le malade consulte uniquement pour cette grosseur qui l'intrigue ou l'inquiète, qui fait rebondir son ventre, qui lui rend trop étroits ses vêtements.

C'est bien ainsi que se présente, en effet, souvent le tableau symptomatique au cas de kyste du foie. Mais il n'est pas exceptionnel qu'il en soit de même, alors qu'il s'agit réellement de cholélithiase vésiculaire. Et nous citerons à l'appui de cette assertion ce qu'en dit, dans le *Traité de Chirurgie*, M. Segond :

« Les manifestations fonctionnelles [au cas d'hydropisie
« de la vésicule, d'origine calculeuse] peuvent, de leur côté,
« dit cet auteur, faire complètement défaut. Taylor rap-
« porte l'histoire d'une femme de 42 ans, sans antécédents
« de lithiase biliaire ni de jaunisse antérieure, qui se pré-
« sente avec une tumeur de l'hypocondre droit. On l'opère
« et on retire quatre calculs, dont l'un, enchatonné dans
« le canal cystique et extrêmement adhérent, était la cause
« de l'hydropisie vésiculaire. Terrier a publié, en 1888,
« dans la *Revue de Chirurgie*, un fait identique : il s'agis-

« sait d'un gros calcul unique enchatonné dans le canal
« cystique; la malade n'avait jamais eu d'ictère ni de symp-
« tômes de colique hépatique. Telle est aussi l'histoire de
« la malade qui a fait l'objet d'une remarquable leçon de
« Rendu et qui, opérée par Terrier, présentait un gros
« calcul enclavé dans la terminaison du canal cystique. »

De notre côté, nous avons retrouvé d'assez nombreuses observations d'absence d'antécédents de lithiase biliaire, le malade, ou mieux la malade, se présentant avec une tumeur calculeuse hypocondrale; et même, dans plusieurs de ces cas, la confusion fut faite avec le kyste hydatique du foie.

Les compte-rendus des dernières séances de la Société de Chirurgie, publiés par la *Presse* et la *Semaine médicales*, contiennent la mention d'un assez grand nombre de faits de ce genre. Nous allons les énumérer, en suivant l'ordre chronologique :

OBSERVATION II (Tuffier).

Le 18 mars 1896, M. Tuffier relate l'histoire d'une religieuse de 40 ans, atteinte depuis huit ans d'accès gastralgiques, *sans ictère, ni coliques hépatiques, ni expulsion apparente de calculs dans les selles*, et qui, en 1893, s'aperçut de la présence dans le flanc droit d'une tumeur, qui continua à grossir progressivement. M. Tuffier se demandait si elle appartenait au foie ou au rein. Un traitement médical ne donnant aucune amélioration, il proposa une intervention chirurgicale. Le diagnostic n'était pas prévu et c'est peut-être à un néoplasme que le chirurgien

se serait le plus volontiers arrêté. La laparotomie, faite le 3 avril 1893, montra qu'il s'agissait d'une vésicule hydro-pique, contenant 23 calculs.

OBSERVATION III (Broca).

Le 6 mai 1896, M. Broca mentionne un cas publié dans la thèse de Calot, concernant une cholécystite calculeuse suppurée qui fut prise pour un kyste hydatique du foie. C'est l'histoire d'une femme de 49 ans, envoyée au Bureau central consulter par un médecin qui soupçonnait un abcès du foie. Présentait une tumeur de l'abdomen, depuis trois ou quatre ans, mobile au début, roulant sous le doigt; depuis un an, cette mobilité avait cessé. *Aucun antécédent de lithiase biliaire.* A l'examen, dans la partie droite de l'abdomen, tumeur s'arrêtant en dedans à deux travers de doigt de l'ombilic, descendant non loin de l'épine iliaque antéro-supérieure et remontant vers les fausses-côtes, sans limites nettes, confondant sa matité avec celle du foie. Tumeur dure, rénitente, de surface un peu inégale. En bas, elle se limite par un bord net, arrondi et un peu en dehors du bord externe du muscle droit. Un peu à droite de l'ombilic, la palpation éveille quelque sensibilité. La tumeur est un peu mobile dans le sens antéro-postérieur, nullement dans le sens transversal. Ni frémissement hydatique, ni ascite, ni ictère. Matité hépatique commençant à trois travers de doigt au-dessous du mamelon; palpation douloureuse. Jamais de jaunisse; appétit bon. Laparotomie le 11 octobre 1890 et constatation du véritable diagnostic.

Le 13 mai 1896, M. Gérard-Marchant relate trois cas de tumeurs de la vésicule où les antécédents de cholélithiase faisaient défaut :

OBSERVATION IV

La première malade est une femme opérée en 1892, et qui souffrait de douleurs dans l'hypocondre droit et de troubles digestifs; elle n'avait eu *ni coliques hépatiques, ni ictère*. L'examen faisait reconnaître une tumeur, que M. Marchant pensa être soit une vésicule distendue, soit un kyste de la face inférieure du foie. La laparotomie conduisit sur une vésicule à parois très épaissies, contenant un calcul.

OBSERVATION V

Le deuxième cas a trait à une femme de 45 ans, opérée en janvier dernier, et il est en tout semblable au premier.

OBSERVATION VI

Le troisième concerne une femme de 49 ans, opérée en 1893, qui, comme les précédentes, n'avait *jamais eu de coliques hépatiques ni d'ictère* et dont la vésicule, indépendamment du calcul qu'elle contenait, était atteinte de dégénérescence néoplasique, avec propagation au foie.

Et M. Gérard-Marchant fait suivre son exposé des intéressantes considérations suivantes : « Au point de vue

clinique, dit-il, je veux insister sur l'absence d'ictère et de coliques hépatiques chez nos trois malades. Il ne faut pas s'attendre à rencontrer ce double signe chez les malades atteints de lithiase vésiculaire, comme on pourrait le croire d'après les descriptions classiques. »

OBSERVATION VII (Monod).

Le 20 mai 1896, M. Monod présente l'observation d'un homme de 44 ans, portant au dessous du foie, à droite, derrière le muscle droit, une tumeur qui descendait jusqu'au-dessous de l'ombilic, non fluctuante, non douloureuse, un peu mobile, n'ayant occasionné aucun trouble fonctionnel et, en particulier, *aucun phénomène pouvant être mis sur le compte d'une affection calculieuse du foie*. La laparotomie exploratrice faite, la tumeur fut ponctionnée et, aux caractères du liquide, on crut avoir affaire à un kyste hydatique. La suite de l'opération démontra qu'il s'agissait d'une hydropisie de la vésicule, avec nombreux calculs.

D'autre part, nous avons choisi ailleurs d'autres observations où l'absence d'antécédents de cholélithiase est complète et occasionne même une confusion avec le kyste hydatique du foie. Les voici, résumées :

OBSERVATION VIII (Terrillon).

Lue à la Société de Chirurgie (20 mars 1889). Jeune homme, 18 ans. Pas d'antécédents. Début il y a quatorze mois : s'aperçoit qu'il avait au niveau des fausses côtes

droites une tumeur dure, du volume d'un œuf qui, depuis, a grossi peu à peu, *sans douleur, ni troubles fonctionnels, ni altération de l'état général*, et avait acquis, en juillet 1888, le volume du poing; ponction à cette époque (750 gr. d'un liquide jaunâtre), suivie d'une éruption d'*urticaire*. En janvier 1889, réapparition de la tumeur qui grossit rapidement. En février, à la suite d'un effort violent, vive douleur dans l'hypocondre droit, suivie de fièvre, de ballonnement du ventre et d'une augmentation rapide de la tumeur. Examen local : dans l'hypocondre droit, tumeur dépendant du foie, indolente, lisse, fluctuante, mate dans toute son étendue, 22 centimètres sur une ligne verticale située un peu en dehors du mamelon. Diagnostic : Kyste hydatique du foie. Ponction aspiratrice le 23 février. La tumeur est reformée le lendemain. Opération le 26 : il s'agit de la vésicule, les parois sont épaissies, la muqueuse hypertrophiée; contient des fragments d'une substance verte, un peu friable.

OBSERVATION IX (Terrillon).

(*Bulletin de l'Académie de médecine*, 14 février 1888).

— Femme 24 ans. Début : aucun accident du côté du foie; découverte fortuite, il y a deux mois, d'une tumeur dans l'hypocondre droit. État : au-dessous des fausses côtes droites, saillie qui s'étend jusqu'au-dessous de l'ombilic. Palpation : tumeur grosse comme une tête de fœtus, rénitente et tendue, allongée verticalement, lisse et très mobile dans le sens transversal. Ne paraît pas suivre les mouvements respiratoires. Percussion : sa matité se continue avec

celle du foie. Ni ictère, ni douleurs, ni décoloration des fèces, urines normales, dyspepsie, amaigrissement. — Diagnostic : tumeur du foie ou adhérent au foie. On ne croit pas à une distension de la vésicule du fiel par une oblitération calculieuse du canal cystique. En effet, la malade n'avait présenté *ni les coliques hépatiques, ni la décoloration des selles, ni l'ictère*, qui sont ordinairement les signes de la lithiase biliaire. Opération le 23 novembre 1886 : cholécystite calculieuse simple.

OBSERVATION X (Monod, *in thèse Morin*, 1894).

Homme de 44 ans, entrant à l'hôpital avec une tumeur. Aucun trouble fonctionnel, et surtout *aucun trouble pouvant être mis sur le compte de la lithiase*. Diagnostic incertain tumeur du rein, ou de l'épiploon, ou peut-être dilatation de la vésicule. Laparotomie : tumeur vésiculaire, contenant 232 calculs.

Nous arrêtons là nos exemples, qui sont loin d'être uniques (Voir nos observations XI, XXXII, XXXIII et XXXIV), et que nous pourrions facilement multiplier, et, puisqu'il « ne faut pas s'attendre à rencontrer des antécédents chez les malades atteints de tumeurs cholélithiasiques de la vésicule (Gérard-Marchant), » nous pourrions donc conclure qu'il est inutile de compter sur ce signe pour faire le départ entre la tumeur vésiculaire et le kyste hydatique du foie.

En continuant l'examen critique des signes fonctionnels

considérés comme différenciant les deux maladies, nous passerons maintenant à l'étude des cas, nombreux aussi, où il y a quelques signes précurseurs, quelques antécédents, mais si mal caractérisés, mais si frustes qu'ils peuvent aussi bien être interprétés en faveur de l'idée de kyste hydatique ou de tumeur de la vésicule.

Nous dirons d'abord que plusieurs des signes des kystes hydatiques, bien ou mal caractérisés, se rencontrent dans les deux maladies.

C'est ainsi que la douleur de l'épaule droite, presque constante dans le kyste (Dieulafoy), n'est pourtant pas l'apanage exclusif de cette maladie, et qu'on la rencontre assez souvent dans la colique hépatique.

De même, il serait souvent difficile de dire en quoi diffère la douleur hypocondriaque dans les deux affections qui nous occupent. Exemple :

OBSERVATION XI (Savage, de Birmingham).

(*Brit. med. journ.*, mars 1884, traduite et résumée par E. Warde). — Homme nerveux, d'habitudes sédentaires, souffrant vaguement du foie depuis des années. Avait consulté un éminent spécialiste, qui lui dit qu'il avait un kyste hydatique du foie, à ponctionner par aspiration le plus tôt possible. Savage consulté trouva une tumeur qu'il supposa être hydatique et proposa une laparotomie exploratrice et au besoin curative. Cette tumeur, de l'hypocondre droit, grosse comme une noix de coco moyenne, était en réalité

une vésicule distendue, contenant quatorze pierres et un liquide d'abord incolore, puis bilieux.

Quant aux troubles digestifs, ils existent dans les deux maladies et ne se présentent ni dans l'une ni dans l'autre avec des allures assez spéciales pour être caractéristiques.

Comme autre signe sans grande valeur, nous citerons encore les éruptions d'urticaire, sur lesquelles insiste M. le Professeur Dieulafoy. Ce signe est rare, M. Dieulafoy n'en ayant pu réunir (*Pathologie interne*, tome II, page 757, édition de 1895) que cinq cas. Nous ajouterons qu'il n'a rien de révélateur; puisqu'on peut l'observer aussi bien dans l'une que dans l'autre de nos deux affections; nous faisons allusion en ce moment à une éruption ortiée (après ponction, il est vrai), signalée ci-dessus dans l'observation VIII, et survenue au cours d'une cholécystite calculuse. On peut en outre l'observer dans d'autres affections hépatiques, ainsi qu'en témoigne l'observation suivante, due à M. le Professeur Terrier :

OBSERVATION XII (*Bull. Acad. méd.*, 4 nov. 1890, et
Revue de chirurgie, 1892, p. 574. *Résumé*).

Homme, 33 ans, entre à Bichat le 20 mai 1890. Séjour de deux ans en Algérie, pas d'accidents fébriles nets, pas de dysenterie; a pris toutefois du sulfate de quinine. En novembre 1893, diarrhée, puis constipation. Décembre, embarras gastrique. Janvier 1890, accidents fébriles avec douleur d'estomac, teinte subictérique des conjonctives. Plus tard,

vomissements bilieux, *urticaire*; on croit à un *kyste hydatique du foie*, et c'est pour cela que le malade fut adressé à l'hôpital. A l'entrée, ictère généralisé peu teinté, voussure de la région du foie, qui est hypertrophié. La vésicule ne peut être délimitée. Estomac dilaté, rate normale, urines teintées par la bile. Pas d'appétit, constipation, garde-robes presque décolorées. *Prurit et poussées d'urticaire*. Ni alcoolisme, ni syphilis. Le 9 juin, ponction exploratrice : quelques gouttes de sang. A la suite et jusqu'au 23, fièvre, ictère généralisé, insomnie, douleurs de reins. Maigreur et faiblesse grandes. Fin juin, nouvelle poussée d'ictère, avec fièvre, foie énorme, rate peu volumineuse, légère congestion pulmonaire. Laparatomie le 5 juillet 1890 : foie énorme et congestionné; vésicule bleuâtre, exploration manuelle négative au point de vue lithiasique de la face inférieure du foie et des conduits biliaires; *pas trace de kyste hydatique*.

Voici encore une observation de cholécystite suppurée, intéressante à d'autres points de vue, où la malade présentait, parmi ses antécédents, une poussée d'urticaire.

OBSERVATION XIII (Riedel, in *Longuet*, résumée).

Femme, 30 ans, entrée à l'hôpital le 3 septembre 1887.

Antécédents. — S'aperçut, aussitôt après la naissance de son dernier enfant (21 janvier 1886), qu'elle avait, au-dessous du lobe droit du foie, une petite masse résistante qui aurait été mobile. Le médecin appelé crut à un rein mobile. La tumeur était alors indolente. Douleurs six semaines après, pendant huit jours. Puis, *violente urticaire*, à la

suite de laquelle la tuméfaction avait disparu. En mai 1887, vomissements violents de matières vertes et violentes douleurs dans la région hépatique. Jamais d'ictère. Les crises violentes de vomissements se renouvelèrent par la suite toutes les six ou sept semaines, durant environ dix jours. Perte d'appétit et épuisement.

Examen à l'entrée. — On trouve à l'exploration, depuis le bord droit du foie jusqu'au voisinage de l'ombilic, long d'environ 10 centimètres, haut de 8, large de 4, un appendice qui paraît se prolonger manifestement avec le bord tranchant du foie. A la percussion, le son est affaibli; il y a son tympanique, qui masque la matité; il en résulte que l'appendice ne paraît pas très épais; il suit les mouvements respiratoires; il est très sensible.

Diagnostic. — Un diagnostic précis était impossible. Tout indiquait que, sous ce lobe, il y avait quelque chose d'anormal. On se rattacha à l'hypothèse d'un rein mobile.

Laparotomie, le 6 septembre 1887 : appendice lisse et luisant dans sa plus grande partie. Derrière lui, tumeur fluctuante, qui est la vésicule fortement distendue, 5 litres de pus inodore, pas de calcul.

Nous ne mettrons pas non plus au rang des signes importants des kystes hépatiques la tendance aux hémorragies que leur attribuent Davaine et Trousseau. Ce sont des faits rares, nous dit M. Peyrot; il faut simplement être prévenu de leur possibilité, mais n'en pas faire un grand pivot de diagnostic.

Enfin la pleurésie droite ne nous renseignera guère non plus, car elle s'observe très rarement (6 obs. de M. Dieulafoy) et surtout dans les kystes de la convexité du foie. Et, du reste, elle aussi peut prêter à l'erreur, ainsi par exemple qu'en témoigne un fait observé par le Dr Latouche (d'Au-

tun) et publié jadis dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* (13 mars 1889).

De cette discussion, que pourrions-nous conclure, sinon du peu de valeur des signes précurseurs des kystes hydatiques?

Il nous reste maintenant à montrer que, bien plus, la tumeur hydatique pouvait parfois emprunter à la tumeur vésiculaire calculeuse et son aspect clinique et jusqu'aux antécédents de cholélithiase. Dans une première catégorie de ces faits, l'explication de ces bizarres allures est possible; mais, dans la seconde, rien de pareil.

Ajoutons de suite, pour rester dans la vérité, que les observations de faits de ce genre sont clairsemées et que, par suite, nos considérations s'appliquent seulement à un petit nombre de cas.

Puis, pour nous dispenser de longs discours, nous citerons pour commencer les deux observations suivantes, au complet *in* thèse Berthaut :

OBSERVATION XIV

Femme de 26 ans, entrant en juin 1871 à Necker. Il y a deux mois, *coliques hépatiques, suivies de jaunisse et de décoloration des matières*. État : ictère foncé qui date de la crise susdite et n'a plus disparu; foie très volumineux; au-dessous, saillie arrondie, très nette, fluctuante, appartenant à une tumeur adhérente au foie et dont le volume est rapporté à celui du poing. Ventre météorisé, hoquet continu, état adynamique. Fièvre intermittente, vespérale. Selles

décolorées. Mort au bout de huit jours d'hôpital. L'autopsie révèle un kyste hydatique suppuré, une vésicule saine, non calculeuse, le cholédoque distendu et obstrué par un bouchon formé par la poche du kyste hydatique.

OBSERVATION XV

Nourrice réglée, ayant à chaque menstruation une *crise de coliques hépatiques avec ictère*. Rentre à l'hôpital à la suite d'un accès semblable. Ictérique avec les accidents habituels de l'ictère, un hypocondre droit douloureux, un foie volumineux, une fièvre vespérale ressemblant à la fièvre hépatique. On diagnostique : angiocholite par oblitération calculeuse des voies biliaires. Il survient dans l'hypocondre droit une petite tumeur qu'on pense être la vésicule. Mort. Autopsie : c'était une tumeur de l'hypocondre droit due à la rupture d'un kyste hydatique du foie dans les voies biliaires et qui présentait, on l'a vu, tous les signes d'une tumeur calculeuse suppurée.

Dans ces cas, on le voit, la colique hépatique, l'ictère, etc., sont dus à l'oblitération hydatique des voies biliaires, et la tumeur est un kyste hydatique.

L'erreur, toujours commise, est tout à fait inévitable, à moins qu'une débâcle ne vienne à propos lever l'obstacle et qu'on songe à ce moment à l'examen des selles.

Il est d'autres cas, plus complexes encore et dont le diagnostic semble à peu près impossible. Leur mécanisme est le même que précédemment : un kyste hydatique se rompt, qui ne se manifestait pas par une tumeur hypocondriaque ;

le canal cholédoque bouché amène son cortège de coliques et d'ictère et, de plus, la vésicule distendue vient faire bomber l'hypocondre. Comment, dans ces cas observés par Berthaut, porter un autre diagnostic que celui de tumeur par cholélithiase vésiculaire? Comment, dans des cas si complexes, mais heureusement assez rares, éviter de commettre un diagnostic erroné? Nos conclusions répondront à cette question.

Et, pour en finir avec ces observations paradoxales, mais intéressantes, nous allons citer, en fin de compte, des cas où rien n'explique, dans l'évolution d'un kyste hydatique, cette malencontreuse intrusion des signes cholélithiasiques. Leur nombre est évidemment des plus limités, mais la possibilité de pareils problèmes cliniques est fort démonstrative et, dans ces cas, bien certainement la seule ressource pour le diagnostic, c'est la ponction et beaucoup plus la laparotomie exploratrices.

OBSERVATION XVI (*tirée de la thèse de Braine
et fort résumée*).

Il s'agit d'un médecin qui eut, pendant un an, de terribles *crises de coliques hépatiques, suivies parfois d'ictère et de décoloration des matières*. Dès le début apparut une tumeur au siège de la vésicule; cette tumeur augmenta peu à peu, devint fluctuante, puis parut diminuer de volume alors qu'augmentait sa consistance. En présence de ces symptômes, on crut évidemment à de la lithiase biliaire et la suite de la maladie ne démentit pas, jusqu'à la fin, ce diag-

nostic. Le 1^{er} juillet 1884, dernière crise de coliques hépatiques et apparition, au-dessous du foie et au niveau du bord droit de la tumeur, d'une douleur, tantôt vive, tantôt sourde, qui désormais persistera. En novembre, crise d'atroces douleurs, siégeant au niveau des scalènes du côté droit, au point hypocondral sus-indiqué, avec irradiations multiples; pendant plusieurs jours état général mauvais : les médecins appelés croient à une péritonite aiguë. — Jusqu'en avril 1885, fréquentes alternatives de crises douloureuses semblables et de courts répit; constipation opiniâtre et méloena.

État fin avril 1885. — Amaigrissement et affaiblissement extrêmes, peau jaune, pas de fièvre; chaque après-midi, malaise indéfinissable. Pas d'appétit, garde-robes régulières par un purgatif et colorées. Urines normales. Douleurs persistantes au cou, aux lombes. Décubitus latéral causant des douleurs au niveau du bord droit de la tumeur. Examen local : légère saillie hypocondrale, aucune douleur de cette région, seulement un peu de sensibilité profonde au niveau du bord droit de la tumeur. Matité hépatique s'étendant de la cinquième côte en haut à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal. Tumeur ovoïde qui, du bord inférieur du foie, s'étend obliquement en bas et à gauche; elle passe entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, débordant un peu la ligne blanche; 8 centimètres de long et 5 de large.

La laparotomie, sur la demande du malade, fut faite le 7 mai 1885. On trouva la vésicule saine. Il y avait une tumeur du lobe gauche du foie, qui était un kyste hydatique.

OBSERVATION XVII (Reboul et Vaquez).

Malade de 28 ans, qui fut soignée à plusieurs reprises à

Vichy pour des *crises de lithiase biliaire*, qui tout d'un coup fit de la fièvre, eut un foie augmenté de volume et douloureux, une voussure dans l'hypocondre droit, un ictère avec selles décolorées et urines rares, foncées, ne contenant pas de matières colorantes de la bile, et qui présenta de la fluctuation au niveau de la voussure située à la région vésiculaire. Une ponction aspiratrice amena un liquide louche, un peu visqueux, fétide et dans lequel l'examen microscopique ne décela ni crochets ni éléments spéciaux. Le diagnostic d'angiocholite suppurée fut porté et la malade transférée dans un service chirurgical. On allait l'opérer quand elle eut une vomique purulente contenant des hydatides. L'opération ne la sauva pas et, à l'autopsie, on vit qu'on avait eu affaire à un kyste du foie suppuré.

Voilà donc deux malades qui présentèrent tous les symptômes cliniques d'une affection cholélithiasique et qui avaient tout simplement un kyste hydatique du foie. Ce sont, du reste, les deux seuls cas que nous ayons trouvés, malgré notre désir d'en recueillir de semblables. Ce sont évidemment des exceptions ; mais nous ne dirons nullement qu'ici l'exception confirme la règle, car bien souvent, sans présenter les mêmes impossibilités, le diagnostic est loin d'être facile ; nous pensons l'avoir assez longuement démontré.

Avant de terminer ce chapitre, nous aurions voulu rechercher ce que vaut, au point de vue séméiologique, le procédé que M. Potherat décrit en ces termes, dans sa thèse (Paris, 1889) :

« Si l'on ajoute à de l'urine contenant des sels biliaires une quantité croissante d'acide nitrique à froid, on voit apparaître diverses colorations successives reproduisant assez

exactement en sens inverse les couleurs du prisme ou de l'arc-en-ciel. C'est donc un moyen facile de reconnaître dans les urines la présence de sels biliaires. Ce moyen, nous l'avons mis en usage dans tous les cas de kystes hydatiques du foie que nous avons eu l'occasion d'observer ; toujours nous avons obtenu la réaction caractéristique. »

Voilà donc, semble-t-il, un bon élément de diagnostic et nous ne sommes, on l'a vu, guère habitués à en rencontrer de semblables pour différencier nos deux sortes de tumeurs. Nous pensons, du reste, qu'ici ce signe est de nulle valeur, car il est évident que les cas seront nombreux de tumeurs calculeuses de l'hypocondre droit, où l'on retrouvera les mêmes éléments dans l'urine. Ajoutons enfin que, sans l'avoir recherché, nous avons trouvé, en préparant cette thèse, plusieurs observations où l'analyse des urines, faite précisément en vue des pigments de la bile, ne donna que des résultats nettement négatifs.

CHAPITRE II

Diagnostic avec les abcès du foie.

Le diagnostic se pose rarement dans notre pays entre une tumeur hypocondriaque formée par la cholécyste ou formée par un abcès du foie. La raison en est que ces abcès, causés avant tout par l'hépatite des pays chauds, consécutive elle-même à la dysenterie, sont très rares en France. Quelquefois cependant on les observe dans nos climats chez des malades qui n'ont jamais paru aux colonies et qui ont présenté soit de la dysenterie, soit de l'entéro-côlite.

Lorsqu'un malade qui revient des pays chauds ou qui a longtemps souffert des intestins offre à l'examen les trois symptômes suivants : douleur fixe dans la région du foie, augmentation de volume de l'organe et fièvre rémittente à exaspérations vespérales, on peut tenir l'abcès du foie pour au moins fort probable. S'il survient alors de la voussure à la région hépatique, si l'on perçoit de la fluctuation, le diagnostic est à peu près certain. C'est dans ces conditions que nos médecins coloniaux ponctionnent sans hésitation le foie dans toutes les directions, jusqu'à ce qu'ils aient rencontré le foyer de suppuration.

Et cependant, dans ces cas où le diagnostic semble si assuré, on peut tout simplement avoir affaire à une cholécystite suppurée. L'erreur, parfois commise, et nous en citons ci-après des exemples, ne saurait du reste être préjudiciable, le traitement chirurgical ne différant guère dans les deux cas.

OBSERVATION XVIII (Lindner, *Revue de Hayem*,
1892, p. 623.)

Femme de 21 ans, prise depuis quatre semaines de fièvre intense, de douleurs continues, de vomissements, avec ictère et tumeur grossissant rapidement; aucune jaunisse antérieure. Immédiatement à droite du creux épigastrique, tumeur dure, de la grosseur des deux poings, ayant la forme d'une poire, disposée obliquement le long du rebord costal, avec sa grosse extrémité vers l'épine iliaque antéro-supérieure; au niveau du creux épigastrique, saillie fluctuante ayant les dimensions du creux de la main. Lindner diagnostique un abcès du foie et incise la ligne blanche de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. La tumeur était formée par la vésicule distendue énormément, contenant un liquide clair comme de l'eau. Pas de calcul. Canal cystique oblitéré.

OBSERVATION XIX (Sendler, *in thèse Longuet, résumée*).

Homme de 40 ans, marchand à Magdebourg. Il y a huit ans, contusion dans la région du foie; pendant quelque temps, douleurs à cette place. A l'automne de 1892, tumé-

faction indolente du foie, qui se met à grossir graduellement, puis qui, à Noël, forme une voussure manifeste au côté du ventre. Plusieurs saisons à Carlsbad pour la cure de cette affection. Jamais d'ictère. Appétit variable, matières et urine de couleur normale. Jamais l'issue de calculs ne fut constatée. Un médecin perçut de la fluctuation et conclut à une opération. Le 25 février 1893, Sendler vit pour la première fois le malade et conclut aussi à l'opération. On jugea inutile de pratiquer une ponction pour savoir s'il s'agissait d'abcès du foie ou d'échinocoques, ou plutôt d'un empyème chronique de la vésicule. On craignait, en outre, d'infecter le péritoine. Malheureusement le malade n'accepta pas l'opération. Il alla consulter un autre médecin qui fit une ponction exploratrice, retira du pus et laissa le malade repartir chez lui. La suite de cette intervention fut marquée par de la fièvre et des douleurs violentes, coïncidant avec une diminution notable des forces.

Le malade revint consulter Sendler, qui, le 20 mars 1893, constata l'état suivant : Homme de volume moyen, maigre, d'aspect misérable, bronchite chronique, urines normales, bon appétit, bonnes digestions, température normale. Dans l'hypocondre droit, sous le rebord costal, voussure volumineuse et manifestement fluctuante. Peau normale. Pression douloureuse et ne faisant pas la tumeur diminuer de volume. Pas de frémissement hydatique. Diminution du foie. La tumeur fait manifestement corps avec lui et adhère par une petite partie à la paroi.

Diagnostic : les commémoratifs éclairés par la malheureuse ponction exploratrice firent osciller le diagnostic entre un abcès du lobe droit du foie et un empyème chronique de la vésicule.

Opérations les 21 mars et 9 octobre 1893, mort, autopsie : c'était un abcès du lobe droit du foie et la vésicule, non calculeuse, était saine.

CHAPITRE III

Diagnostic avec les cancers du foie.

Lorsque les cancers du foie se présentent avec leurs caractères ordinaires, il arrive difficilement qu'on les confonde avec les tumeurs calculeuses ou autres de la vésicule biliaire.

Voici en quels termes MM. Hanot et Gilbert schématisent le diagnostic au cas de tumeur maligne de la cholécyste :

« Le diagnostic du cancer massif du foie arrivé à la période d'état reposera sur la réunion des symptômes suivants : anémie rapide et profonde, hypertrophie lisse du foie, absence d'ictère et le plus souvent d'ascite, perturbation des fonctions digestives, sensibilité ou endolorissement de la région hépatique.

« Le cancer des voies biliaires occupe la vésicule ou les conduits : si la vésicule est atteinte, la région hypocondriaque apparaît souvent soulevée par une tumeur circonscrite qui ne peut donner l'idée d'un cancer massif ; si les conduits sont le siège de la néoplasie, l'ictère ne tarde pas

à se manifester et aucune tumeur ne devient généralement appréciable à l'examen du ventre. »

Diagnostic avec le cancer nodulaire : « Le cancer de la vésicule biliaire donne le plus souvent naissance à une tumeur dure, immobile, ovoïde ou sphérique, lisse ou bosselée, petite ou volumineuse, située dans l'hypocondre droit à la partie moyenne du rebord costal. Il sera donc possible de le distinguer du cancer nodulaire, dont les bosselures sont réparties sur une large surface. »

Ce sera donc uniquement par les caractères physiques de ces tumeurs qu'on les différenciera. Les troubles fonctionnels n'ont, en effet, rien de spécial dans les deux cas et la cachexie existe aussi bien dans les néoplasmes de la vésicule et les occlusions cancéreuses des conduits de la bile.

Ce diagnostic sera donc généralement facile à faire, entre les tumeurs de la vésicule et les néoplasmes malins du foie. Cependant il n'en est pas toujours ainsi et l'on trouve de temps en temps dans la littérature médicale signalés des cas où le diagnostic fut au contraire impossible. Nous terminons ce chapitre en citant deux observations de ce genre.

OBSERVATION XX

Cette observation provient des cliniques de Péan (1887) et concerne une femme de 55 ans, dont la santé était épuisée par l'inconduite et par de vives douleurs datant de deux ans et s'étendant de la vésicule biliaire aux régions lombaire et sous-claviculaire. Tumeur située au-dessous du rebord

des fausses côtes droites, du volume d'une tête de fœtus à terme, demi-solide, demi-liquide, fluctuante, simulant un sarcôme kystique. En présence d'une autre tumeur squirreuse circonscrite du sein, Péan craint qu'il ne s'agisse d'un sarcôme kystique du bord inférieur du foie et n'intervient que sur la volonté expresse de la malade. Il s'agissait d'une tumeur constituée par la vésicule biliaire, entourée d'un foyer de péritonite enkystée situé au-dessous d'elle. La ponction de la tumeur donna un litre de liquide épais et jaunâtre et l'on ne trouva pas de calculs.

OBSERVATION XXI

Cette observation, due à Andral, est bien connue, et nous ne la donnons ici résumée qu'en raison de l'intérêt qu'elle présente en vue de notre thèse. C'est un exemple de plus de tumeurs extraordinairement bizarres observées à l'hypocondre droit et d'un diagnostic impossible. Il s'agit, dans ce cas, d'un homme de 45 ans, bien portant, qui, en avril 1820, ressentit quelques douleurs légères immédiatement au-dessous du bord cartilagineux des fausses côtes droites. Vers la fin du mois, ictère et entrée à la Charité. Pas de fièvre, bon appétit, digestions normales, selles décolorées, urines d'un rouge orangé, hypocondre droit souple, indolent. Le 2 mai, réapparition des douleurs hypocondriaques, fièvre, hypocondre tendu. Le 9, Andral sent immédiatement au-dessous du rebord des côtes, à droite de l'épigastre, une tumeur globuleuse, immobilé, très douloureuse. Du 9 au 15, cette tumeur acquit un grand développement, elle devint sensible à la vue; et, à côté d'elle, apparurent plu-

sieurs autres petites tumeurs bosselées, inégales et douloureuses. Du 15 au 20, augmentation constante de la tumeur, phénomènes généraux graves ; le malade dépérit avec une effrayante rapidité et meurt le 21 mai. L'ouverture du cadavre montra qu'il s'agissait d'un cancer du foie et non d'une tumeur biliaire.

CHAPITRE IV

Diagnostic avec un lobe irrégulier du foie.

Il est arrivé aux cliniciens les plus avisés de prendre pour une tumeur de la vésicule biliaire ce qui était en réalité un prolongement linguiforme du lobe droit du foie.

Une telle erreur de diagnostie s'explique très bien, car l'identité des sensations que fournit alors l'exploration physique est souvent parfaite. C'est ainsi que Trousseau observa un cas dans lequel il était impossible de ne pas confondre avec la vésicule biliaire distendue un lobule irrégulier du foie. « On voit d'ici, dit Trousseau, l'embarras du chirurgien qui aurait osé porter une main téméraire sur cette prétendue vésicule, en vue d'évacuer les calculs supposés. » L'embarras, aujourd'hui, serait à coup sûr bien moindre que ne le craignait Trousseau.

Ce qui augmente encore la ressemblance et éloigne d'autant plus du véritable diagnostic de la fausse tumeur, c'est que cette anomalie du foie s'observe le plus souvent chez des gens atteints antérieurement d'accidents de lithiase biliaire. Si bien que, et par l'examen physique et par l'interroga-

toire du malade, l'idée doit de suite venir à l'esprit de tumeur lithiasique de la cholécyste.

C'est bien de la sorte que les choses se passent d'ordinaire. Et tout dernièrement (3 juin 1896), à la Société de Chirurgie, nous avons entendu M. Gérard-Marchant relater deux cas où la confusion fut faite dans les conditions que nous disons. La *Presse médicale* a publié la communication et les observations complètes de M. Gérard-Marchant, dont voici le résumé :

OBSERVATION XXII

Femme de 37 ans, prise, il y a 2 ans, d'une colique hépatique : vomissements, douleurs dans l'hypocondre droit, irradiées dans l'épaule droite, ictère avec matières décolorées ; depuis cette époque, l'ictère n'a pas cessé et, tous les mois, la malade avait une nouvelle colique hépatique avec tous ses symptômes ; depuis 3 mois, les coliques deviennent plus fréquentes, une toutes les trois semaines, mais les vomissements ont cessé. Entrée en chirurgie le 28 novembre. L'ictère est total, la réaction de Gmelin est caractéristique pour les urines, les selles sont grises, d'odeur fétide. Etat général satisfaisant, pas de fièvre. La palpation de la région hépatique montre un foie normal, ne dépassant pas les côtes ; on sent, au niveau du bord externe du grand droit, au niveau de la dixième côte, une tumeur dure, à contour limité et arrondi en bas, qui semble être une vésicule biliaire distendue. La palpation n'est pas douloureuse. La parotomie le 9 décembre. Le péritoine incisé, on voit un lobe du foie, le lobe aberrant, se rattachant au lobe carré,

qui forme la tumeur qu'on sentait par la palpation et qui avait fait croire à une vésicule dilatée. Vésicule normale, mais rapetissée. Calculs du cholédoque.

OBSERVATION XXIII

Homme de 50 ans, entre à Tenon le 25 mars 1896. A 30 ans, crise de coliques hépatiques (douleurs dans l'hypocondre droit), durée quatre heures. A 35 ans, deuxième crise, durée plus grande. A 40 ans, troisième crise, durée quatorze à quinze heures. A 45 ans, quatrième crise. Puis crises de plus en plus fréquentes, tous les ans, puis deux par an. Il a remarqué dès cette époque qu'il avait parfois de l'ictère et que ses selles étaient un peu blanchâtres. Le 5 décembre 1895, crise avec vomissements bilieux abondants, ictère. Depuis, crises très fréquentes, ictère persistant. Actuellement, ictère intense. Douleurs spontanées au niveau de l'hypocondre droit, exagérées par la palpation. Par la palpation et surtout par le ballottement, on sent une masse volumineuse qui descend dans le flanc droit, à hauteur de l'ombilic. Cette masse ne donne pas l'impression d'une vésicule remplie de calculs. Selles colorées. Urines biliaires.

Laparatomie 15 avril 1896. On arrive sur le foie et on voit que la masse perçue par le ballottement est constituée par une languette dépendant du lobe droit du foie, qui descend en s'amincissant dans le flanc droit, le long de la paroi. La vésicule, grosse à peine comme une noix, ne contient pas de calculs et semble vide. Calcul du cholédoque.

Or, dans ces observations, le diagnostic n'est faux qu'à

demie, et n'a pas de conséquences regrettables, attendu qu'il y a bien alors ou tumeur vésiculaire, calculeuse ou non, ou calculs dans les autres voies biliaires. C'est ce que montrent les deux faits précédents, où il existait de la lithiase cholédocienne. C'est aussi ce qu'a observé Riedel (*Berlin. Klin. Woch.*, juillet 1888), qui a rencontré sept fois un semblable prolongement, dont six cas étaient des observations de femmes présentant les symptômes fonctionnels de la lithiase et plusieurs des calculs à l'opération. Notre observation XIII et les deux suivantes proviennent du mémoire de Riedel.

OBSERVATION XXIV.

Femme, 42 ans, de bonne santé. Depuis 4 ans, douleurs partout le corps, amaigrissement énorme, appétit suffisant, nervosisme. Aucune anomalie dans l'abdomen, sauf un appendice linguiforme, qui s'étend profondément, à partir de l'ombilic, sous la ligne blanche. Diagnostic : dilatation de la vésicule. Contre cette idée, absence d'ictère et de colique hépatique. Opération le 20 mai 1887. On découvrit alors qu'une tumeur volumineuse, de couleur gris bleu, s'étendait sous l'incision. Son extrémité, ainsi que le fond de la vésicule, étaient reliés par des adhérences solides à la paroi. A deux bons centimètres au-dessous, vésicule non calculeuse, s'étendant par en bas, se prolongeant loin du bord médian de l'appendice.

OBSERVATION XXV

Femme, 42 ans. Bien portante jusqu'à sa dernière couche, remontant à neuf ans. Depuis, douleurs à l'épigastre et à l'hypocondre droit. Salpingite double. La douleur épigastrique était surtout violente pendant les mouvements. Depuis trois ans, vomissements aqueux, consécutifs à la douleur, jamais de vomissements alimentaires. Son frère meurt à 34 ans d'un cancer de l'estomac et une tante d'une péritonite par perforation par calcul biliaire; hypocondrie de la malade. Jamais d'ictère. Quelques accès peu nets de colique hépatique.

Examen à l'entrée. Pendant l'exploration de la vésicule, un appendice linguiforme du foie se présenta. Par la pression sur la région lombaire, ce prolongement se laisse déplacer manifestement vers la ligne médiane. A chaque contact de cet appendice, mais surtout à chaque pression, douleurs extrêmement vives, s'irradiant vers le dos.

Diagnostic incertain. Opération le 28 octobre 1887 : prolongement hépatique; dessous, cholécystite séreuse, sans calculs.

Riedel prétend même avoir débrouillé suivant quel mécanisme se forme ce prolongement. Il est dû, pour lui, à des tractions exercées sur l'organe hépatique par une tumeur en voie d'augmentation. Cette tumeur est le plus souvent (6 cas sur 7) cholécystique et, plusieurs fois (4 sur 6), Riedel a pu constater sa présence à côté de l'appendice en languette. D'autre part, on peut observer ce même pro-

longement en dehors des cas de cholécystite, toutes les fois qu'une tumeur inflammatoire contracte des adhérences avec un point limité du foie, ainsi que Riedel l'a vu dans son septième exemple.

Cette séduisante théorie, son auteur l'appuie encore sur ce fait qu'à la suite de la disparition de la tumeur causale, après la cholécystotomie, ce prolongement s'atrophie; huit jours après l'opération, il est ridé; il est rapetissé au bout de quelques semaines; enfin, après quelques mois, il semble avoir disparu : *sublata causa, tollitur effectus*.

Mais cette explication pathogénique, si ingénieuse qu'elle soit, ne s'applique malheureusement qu'aux faits de Riedel et lui ôte quelque peu de sa valeur. Nous en donnons pour preuve le fait suivant dû à Tscherning (*Cent. f. chirurg.*, 1888, page 426) :

OBSERVATION XXVI

Une femme de 36 ans présentait une tumeur abdominale, dont la matité se continuait avec celle du foie; les douleurs étaient très violentes, presque continuelles, si bien que la malade passait presque tout son temps au lit. Une ponction exploratrice faite antérieurement n'avait rien donné. Le diagnostic étant difficile et la malade réclamant une intervention, Tscherning fit la laparotomie et constata qu'il avait eu affaire à un lobule hépatique attenant au lobe droit, *sans trace d'autre tumeur abdominale*.

Comme autres preuves, nous donnerons les deux obser-

vations de M. Gérard-Marchant, où la vésicule, vide de calculs, était normale ou atrophiée et où il n'y avait pas ombre de tumeur causale appendue au foie.

Quoi qu'il en soit, pour Riedel, ce prolongement a une valeur diagnostique dans les cas où l'on ne sent pas de tumeur formée par la vésicule, malgré la coexistence des symptômes fonctionnels de la lithiase biliaire. Riedel relate deux faits à l'appui. En effet, on constaterait alors de la sensibilité du ventre au-dessous du prolongement, soit spontanément, soit à la pression, et cela indiquerait la présence d'une tumeur biliaire masquée par ledit prolongement.

Nous n'adopterons pas sans restrictions cette opinion de Riedel. Pour tirer un tel renseignement de l'existence de cette languette hépatique, il faut en effet supposer résolu un problème important, qui est le diagnostic exact de cet appendice lui-même. Or, il n'apparaît guère qu'on y parvienne souvent. Tscherning, on l'a vu, ne l'avait pas reconnu. M. le Professeur Terrier a publié, en août 1888, dans le *Progrès médical*, une observation où il avait pris un tel lobe flottant du foie pour un rein mobile. M. Gérard-Marchant, lui aussi, n'a pu vérifier qu'après laparotomie qu'il avait fait une confusion. Nous avons trouvé, dans les registres d'observations que M. Tuffier a eu l'obligeance de nous communiquer, la relation d'un cas très récent de lobe erratique du foie pris pour un kyste hydatique de cet organe. Riedel enfin, lui-même, n'a pas toujours été plus heureux : tantôt en effet il attendait la laparotomie pour faire son diagnostic (obs. XXV de notre thèse), et tantôt il prenait pour un rein mobile ce qui était un lobe hépatique flottant

(obs. XIII). Et, en vérité, en présence d'une tumeur venant prendre dans l'abdomen une place qu'y occupe la vésicule distendue beaucoup plus habituellement qu'un lobe irrégulier du foie, en présence d'une tumeur qui s'accompagne des symptômes fonctionnels de la lithiase biliaire, à quoi donc songer, sinon à une cholécyste remplie de liquide et calculeuse ?

La facilité avec laquelle on confond la languette hépatique avec une tumeur de la vésicule biliaire explique, au contraire, très bien l'opinion de M. Gérard-Marchant, d'après qui, dans le cas particulier de calculs du cholédo-gué, cette disposition du foie confondue avec une vésicule distendue éloignerait du diagnostic, au lieu de le favoriser, « puisque, dans la majorité des cas de lithiase cholédocienne, la vésicule est atrophiée ».

Nous arrêterons là nos réflexions sur ce sujet, qui demanderait à être mieux étudié ; mais notre seul but était de signaler en passant une cause d'erreur que nous supposons rare, car les classiques ne la mentionnent pas.

CHAPITRE V

Diagnostic avec les tumeurs du péritoine.

Les affections du péritoine peuvent, elles aussi, prêter à confusion avec les tumeurs de la vésicule biliaire. On observe, en effet, parfois à l'hypocondre droit des tumeurs dues à des foyers de péritonite partielle ou formées par des néoplasmes.

Pour ce qui est de la péritonite sous-hépatique enkystée, elle a, dit Denucé, une marche tellement spéciale et, en général, un début si caractéristique, qu'il lui semble totalement inutile d'en discuter le diagnostic.

Et il en est véritablement ainsi dans tous ces cas où la maladie débute avec fracas par des troubles fébriles, des vomissements abondants et porracés, une douleur hypochondriaque atroce s'irradiant dans l'épaule droite, où ensuite les phénomènes généraux se calment, pour laisser la scène aux symptômes physiques de la péri-hépatite : ballonnement, voussure de l'hypocondre droit, dont la peau, rarement œdématisée, est tendue et luisante, développement d'une circulation collatérale, palpation très douloureuse, localisant nettement, par la seule étude de la douleur,

le siège précis de l'abcès péritonéal, montrant en ce point l'existence d'un gâteau douloureux; rénitent, à bords irréguliers, fluctuant au milieu, en rapport avec le foie, avec lequel, par la palpation et la percussion, il semble qu'il se continue directement, signes physiques accompagnés d'abattement, d'affaissement du malade. Dans ces cas, en effet, le diagnostic ne se pose guère avec une affection de la vésicule biliaire. On penserait plutôt alors à un abcès du foie qu'à une tumeur suppurée de la cholécyste.

Mais, à côté de ces cas, les seuls qu'envisage Denucé, il en est d'autres, il est vrai plus rares, où ce début dramatique fait défaut, où tout se borne à quelques douleurs dans la région de l'hypocondre, à quelques troubles digestifs faisant parfois songer à une vieille gastrite, où le malade peut même présenter de l'ictère et dans ses urines des pigments biliaires, et où les seuls signes physiques sont totalement impuissants à nous dire s'il s'agit d'un foyer enkysté de péri-hépatite, ou d'une cholécystite calculeuse suppurée. Et l'erreur sera d'autant plus compréhensible que souvent, chez ces malades, on pourra noter des antécédents caractérisés de cholélithiase, puisque, d'après Deschamps, la cause la plus fréquente de la péri-hépatite, c'est la lithiase biliaire. « C'est ainsi, nous dit Deschamps, que Brown rapporte l'histoire d'un malade sur lequel on voulait faire une cholécystotomie pour une dilatation de la vésicule : l'incision de la paroi abdominale ouvrit un abcès du péritoine. » Vraiment alors le diagnostic par les moyens usuels est impossible et seule dans ces cas, la laparotomie est capable de résoudre le problème.

Dans d'autres circonstances, nous voyons la péritonite se comporter autrement et, tout simplement par les adhérences qu'elle est capable de former, produire non seulement une tumeur perceptible à l'hypocondre droit, tumeur constituée par une agglomération bizarre et capricieuse des divers organes du voisinage, mais encore des accidents simulant à s'y méprendre ceux de la lithiase biliaire : c'est-à-dire tout ce qu'il faut pour induire en erreur.

Nous donnons ci-après deux observations où la confusion fut faite, grâce à cet aspect symptomatique trompeur, avec la cholécystite calculieuse. La première est due à Thornton et se trouve tout au long dans la thèse de Longuet.

OBSERVATION XXVII

Femme examinée par les plus éminents médecins de Dublin, qui diagnostiquèrent : coliques hépatiques, avec foie très congestionné. Examen de Thornton : épuisement avancé; souffre énormément d'attaques périodiques de coliques; corps arrondi à la vésicule, qui semblait être cet organe distendu, et très gros foie. Diagnostic : coliques hépatiques, distension de la vésicule. Laparotomie exploratrice : Grande masse d'adhérences formées par l'épiploon et le ligament suspenseur du foie. La masse n'était pas la vésicule, mais le bord arrondi du lobe droit augmenté de volume, avec la masse inextricable d'adhérences. La vésicule était cachée sous le foie, épaissie, pas calculieuse, non plus que les conduits biliaires. Divulsion des adhérences et guérison complète.

Le *Journal de médecine* de Paris, de son côté, donne un bel exemple de ces faits, exemple dû au docteur Ozenne (10 mars 1895), et que nous résumons :

OBSERVATION XXVIII

Il s'agit dans l'espèce d'une femme d'une quarantaine d'années qui, jusqu'en 1894, n'avait présenté, les années précédentes, que plusieurs crises douloureuses attribuées à des calculs hépatiques. A cette époque une nouvelle crise fébrile apparut et, quelques jours plus tard, on percevait dans l'abdomen une tuméfaction douloureuse. Située à deux travers de doigt au dessous des côtes, du côté droit, cette tumeur, du volume du poing, était dure, mate, arrondie et paraissait adhérer aux téguments. Elle n'accompagnait pas les mouvements du foie pendant la respiration et n'avait aucun rapport avec le rein. Comme troubles fonctionnels, on notait des irrégularités des fonctions intestinales et des douleurs qui mettaient obstacle à la marche. Une ponction donna issue à une cuillerée de liquide muqueux contenant le bacillum coli commune. Une incision faite au niveau et au-dessus de la tuméfaction a montré tout d'abord que cette dernière n'avait aucun rapport ni avec le foie, ni avec les voies biliaires, ni avec le rein, et qu'elle était constituée par une masse inflammatoire résultant de l'union d'une portion de l'épiploon à la paroi abdominale antérieure, en avant, et à l'intestin (côlon ou intestin grêle), en arrière. Les adhérences antérieures ont été facilement rompues. Quant à l'isolement de la masse avec l'intestin, il n'a pu être obtenu, tant l'union était intime. Malgré ce défaut de libération,

l'opération a été suivie d'un bon résultat : les douleurs et la tuméfaction ont disparu.

La littérature médicale contient d'ailleurs d'autres faits de ce genre.

Mais, dans la plupart des cas, ces faits sont justiciables d'une interprétation que Longuet, dans sa thèse (fév. 1896), a fort bien développée.

Des travaux récents ont montré que souvent ces adhérences péritonéales, capables d'englober les organes du voisinage et de former une tumeur hypocondriaque accompagnée des symptômes fonctionnels de la lithiase biliaire, avaient leur point de départ dans une cholécystite, laquelle pouvait être calculieuse ou quelquefois ne pas l'être. La cholécystite, en effet, s'accompagne souvent de propagation inflammatoire aux organes d'alentour. Si l'inflammation s'étend au loin, on a ce que Longuet nomme une paracholécystite ; si elle se cantonne tout près de la vésicule, il y a péricholécystite ou plus simplement périecystite.

Lorsque la cholécystite et la péritonite périvésiculaire sont associées à la calculose, rien d'étonnant à ce qu'elles offrent des symptômes de cholélithiase.

Mais, où l'on s'étonne de prime abord, c'est de voir des cas où la lithiase n'existait pas, la vérification se faisant à l'opération ou sur la table d'autopsie, avoir présenté les mêmes accidents de cholélithiase.

Longuet, précédé dans cette voie par de rares auteurs et notamment par Fraenkel (de Vienne), nous semble avoir donné de ces faits paradoxaux une explication très plausible. Il s'appuie sur un nombre respectable d'observations

d'angiocholécystites non calculeuses, qui ont présenté parmi leurs symptômes des accidents de coliques hépatiques, avec ou sans ictère. Cliniquement ces crises douloureuses méritaient bien d'être étiquetées, et sans la moindre réserve, coliques hépatiques. Elles se présentaient en effet sous l'aspect suivant : il y avait douleurs, avec ou sans vomissements, douleurs franchement localisées au niveau de la vésicule, au point cystique, douleurs d'une acuité extrême, survenant par accès ; l'ensemble de ces accès constituait une attaque, dont l'apparition intermittente avait lieu irrégulièrement, à époques variables. Parfois on observait en plus de l'ictère, passager ou chronique en sa durée. Comme on le voit, il y avait là un tableau complet et saisissant du syndrome colique hépatique.

Longuet explique ces accidents de coliques et d'ictère, sans calculose, par le fait d'un travail de péritonite vésiculaire adhésive. D'abord, dans tous les cas où ils se sont montrés, il y avait adhérences péritonéales. L'acuité extrême de la douleur s'explique par analogie avec ce qui se passe du côté de l'ovaire, de l'utérus, de l'estomac, au cas d'adhérences. La localisation en un point fixe, au point cystique, ne doit pas étonner, car les douleurs de toute péritonite localisée sont, elles aussi, nettement localisées et la douleur au point cystique s'explique par la péri-cystite. Quant aux douleurs subintrantes constituant l'attaque, Longuet pense qu'elles sont dues à des poussées de péri-cholécystite. De même l'intermittence des douleurs est un caractère fréquent dans les cas de péritonite chronique ; tout comme les péri-typhlites et même les péri-saplingites, la péri-cholécystite peut procéder par attaques entremêlées d'accalmie. Pour l'ictère,

s'il est passager, il est dû à la formation de bouchons épithéliaux qui viennent obstruer les canaux vecteurs; chronique, il s'explique par un étranglement du cholédoque dû à une sténose cicatricielle ou à des brides péritonéales. Et Longuet conclut en citant Fraenkel : « L'apparence de la colique hépatique peut être engendrée par des produits inflammatoires, qui ont parfois, il est vrai, le même rôle dans certaines affections calculeuses de la vésicule, mais qui souvent aussi constituent la seule étiologie de l'affection douloureuse. »

Ce qui donne du poids à cette explication, c'est qu'on a toujours trouvé ces adhérences péritonéales, soit à l'opération, soit à l'autopsie, dans les cas d'antécédents de lithiasé biliaire, et que, de plus, la destruction de ces adhérences après laparotomie, amène la cessation des accidents et des douleurs. On trouvera dans la thèse de Longuet de nombreuses observations de faits semblables. Dans la plupart des cas, le diagnostic ne fut fait qu'après incision exploratrice. Une seule fois le diagnostic fut presque carrément posé et l'intervention décidée avant l'opération; ce cas est dû à Sendler. C'est pourquoi Longuet appelle la destruction des adhérences, sans trancher dans les voies biliaires, la méthode de Fraenkel-Sendler.

Quant aux tumeurs proprement dites formées par le péritoine périhépatique, elles sont extrêmement rares et l'on n'a pas dans la pratique clinique à y songer. Il est cependant arrivé qu'elles soient confondues avec une vésicule biliaire distendue, ainsi qu'en témoigne la curieuse observation suivante de M. Routier, relatée à la Société de Chi-

rurgie et publiée dans la *Revue de Chirurgie* de 1893 (p. 142) :

OBSERVATION XXIX

Femme qui, bien portante jusque-là, est prise subitement, le 7 avril 1892, d'une colique hépatique intense avec ictère très accentué. Ces crises se répètent à des intervalles plus ou moins prolongés et obligent la malade à entrer à l'Hôtel-Dieu. Elle y séjourne du 5 au 13 septembre et y subit cinq grands accès accompagnés d'élévation considérable de la température. Finalement les crises deviennent subintrantes. M. Routier pratique la laparotomie le 14 septembre 1892. Après incision de la paroi, il fut fort étonné de ne pas trouver d'emblée la vésicule biliaire. Il avait d'abord constaté, en effet, à l'examen, une tumeur qu'il avait considérée comme la vésicule distendue. Au cours de l'opération, il put se convaincre que cette tuméfaction était un lipôme descendant de la faux du péritoine. En arrière de ce dernier, au siège normal de la vésicule, masse blanche, fibreuse, constituée par des adhérences au milieu desquelles il put reconnaître, après bien des recherches, la vésicule atrophiée et ramenée aux dimensions d'une noisette. Elle ne contenait aucun calcul ; mais il y avait un calcul à l'embouchure du cholédoque.

On n'a guère non plus à se préoccuper des tumeurs du mésentère, qui apparaissent presque toujours dans la région ombilicale et qui, d'ailleurs, par suite du manque de caractères particuliers, sont très rarement reconnues et généralement prises pour des kystes de l'ovaire.

Les seules tumeurs du péritoine qui occasionnent parfois de légitimes hésitations et des erreurs de diagnostic non moins légitimes sont celles du grand épiploon, c'est-à-dire des lipômes, du cancer, des tubercules et surtout des kystes, lesquels sont le plus souvent hydatiques.

Les lipômes, mous, indolents, sans retentissement sur l'état général, le cancer, dur, irrégulier, bosselé, constitué souvent d'une multitude de nodules isolés, souvent secondaire, les tubercules, formant dans le grand épiploon une plaque dure, assez régulière, suffisamment mince pour, s'il n'y a pas d'ascite, laisser percevoir la sonorité des anses intestinales situées en arrière, s'accompagnant presque toujours d'autres signes de tuberculose, prêteront moins souvent à l'erreur que les kystes.

Ceux-ci, en effet, forment généralement une tumeur bien limitée, un peu fluctuante, indolente, mobile, ressemblant par ses signes physiques à une tumeur liquide de la vésicule biliaire et peuvent très bien être confondus avec une telle tumeur.

L'erreur inverse peut aussi de temps en temps se rencontrer, dans ces cas surtout où nul antécédent n'existe de lithiase biliaire, et nous avons, dans la thèse de Morin (Paris, 1894), relevé un cas de ce genre dû à Tredelenburg, et principalement encore lorsqu'il arrive, comme à M. Périer, de trouver une tumeur vésiculaire très mobile et séparée du foie par une zone de sonorité. Cette erreur de M. Périer, nous la retrouverons commise, avec les mêmes circonstances extrêmement atténuantes, dans cette observation de Taylor (*British med. journ.*, 1885) :

OBSERVATION XXX

Femme, 43 ans, de mauvaise mine, maigre, pâle et semblant rongée de soucis.

Antécédents. — Souffre d'une tumeur du côté droit, qu'elle a remarquée depuis neuf semaines environ. Cette tumeur était souple au toucher et la malade accusait une sensation de pesanteur et de tiraillement plus spécialement quand elle était couchée sur le côté gauche. Depuis un an, elle souffrait d'une gêne dans le ventre, avec des attaques spasmodiques d'indigestion. Douleurs dans le dos au niveau de la jonction de la colonne lombaire et de la colonne dorsale. L'amaigrissement est survenu peu à peu. La malade a eu neuf enfants et la menstruation a cessé depuis près de deux ans.

Examen à l'entrée à l'hôpital. — On trouve à droite de l'ombilic une tumeur dure, arrondie, très mobile. On ne peut déterminer aucune connexion de la tumeur avec le foie ou le rein. Sonorité à la percussion tout autour et même sur la tumeur elle-même. Aucune fluctuation. Urine normale, appétit excellent, sommeil troublé par des indigestions et les tiraillements sus-mentionnés. Pas de jaunisse antérieure.

Diagnostic. — Tumeur solide, probablement cancéreuse, de l'épiploon, ou petite tumeur hydatique dans laquelle aucun liquide ne s'est encore formé.

Vérification : à la laparotomie, faite le 5 septembre 1884, cholécystite purulente, sans calcul.

CHAPITRE VI

Diagnostic avec les tumeurs de l'intestin.

L'intestin peut former dans l'hypocondre droit des tumeurs cancéreuses et des tumeurs stercorales.

Pour ce qui est du cancer, son siège est rarement dans cette région hypocondrale; il préfère, c'est bien connu, les parties ultimes de l'intestin. Cependant, s'il lui arrive d'occuper par exemple l'angle droit des côlons, le problème à résoudre ne sera pas toujours des plus faciles. Les signes objectifs, la plupart du temps, ne diront rien d'utile et le diagnostic devra uniquement prendre pour base les symptômes fonctionnels, lesquels, il est vrai, sont en général suffisamment précis pour éloigner l'idée d'une tumeur vésiculaire cholélithiasique, mais n'auront parfois, dans le cas de cancer de la cholécyste, qu'une valeur diagnostique beaucoup moindre.

Et c'est aussi dans ces cas de cancer vésiculaire que se rencontrent d'habitude les erreurs de diagnostic qui nous occupent et dont on trouvera un bel exemple dû à Hechennegg et cité par Courvoisier.

Cependant il faut reconnaître que ces erreurs sont assez

rares, le cancer de l'intestin s'accompagnant dans la plupart des cas de signes particuliers qui ne laissent que peu de place à une méprise.

Nous en dirons tout autant pour les tumeurs fécales se formant non loin du foie, dans le côlon. Ces tumeurs, en effet, présentent généralement des signes assez spéciaux : consistance du mastic, signes plus ou moins prononcés d'obstruction intestinale, constipation opiniâtre, habituelle souvent depuis plusieurs années, sans que néanmoins la santé en soit manifestement altérée, ce qui exclut déjà l'idée de lésion organique de la vésicule. Enfin l'efficacité des purgatifs lèvera en général tous les doutes.

CHAPITRE VII

Diagnostic avec les tumeurs du pancréas.

Le pancréas peut lui-même être le siège de tumeurs venant faire saillie dans l'hypocondre droit et en imposer pour des tumeurs de la vésicule biliaire. En raison de la rareté de ces tumeurs pancréatiques et de la fréquence relative des tumeurs cholécystiques de cette région, l'erreur contraire ne sera guère commise et l'on ne diagnostiquera que bien rarement une tumeur du pancréas alors qu'il s'agira en réalité de tumeur biliaire.

Quoi qu'il en soit, les tumeurs pancréatiques pouvant prêter matière à confusion sont de deux sortes, des kystes et des cancers.

Les kystes du pancréas sont rares et plus rares encore, par conséquent, sont les cas où il leur arrivera de venir constituer une tumeur perceptible dans l'hypocondre droit.

Ces tumeurs pancréatiques n'auront donc que bien peu de chances d'être diagnostiquées, alors surtout qu'elles détermineront, comme l'a observé Paul Swain à l'hôpital naval de Plymouth (*Brit. med. journ.*, 1893), des accidents plus ou moins nets de lithiasé biliaire. On songera

évidemment à une tumeur d'origine calculeuse, si l'incision exploratrice ne vient pas lever les doutes du chirurgien, rendu perplexe par l'addition à quelques symptômes de cholélithiase (produits vraisemblablement par la compression de l'ampoule de Vater) de quelques-uns des symptômes fonctionnels appartenant aux kystes du pancréas (stéarrhée, chylurie, glycosurie, etc.).

L'erreur inverse, tendant à confondre une tumeur biliaire avec un kyste du pancréas, n'a pas été souvent commise. Citons cependant en passant un exemple dû à Léonté, de Bucharest, qui a signalé son cas, en 1892, au Congrès français de chirurgie. Citons aussi le cas d'Helferich, de Greifswald, remarquable, à notre point de vue, par ce fait intéressant pour notre thèse, que la tumeur biliaire prise pour un kyste pancréatique et qui était formée par une ectasie énorme du cholédoque, n'avait pas été précédée et ne s'accompagna pas d'accidents de coliques hépatiques (*in Revue de Chirurgie*, 1893).

Quant au cancer du pancréas, si l'on en jugeait d'après les assertions de Bard et Pic, qui en ont fait récemment une étude étendue (*Revue de Médecine*, 1888), son diagnostic serait des plus aisés et rarement le chirurgien serait exposé à commettre une erreur de diagnostic. Nous allons voir, par l'analyse des symptômes, qu'il n'en est malheureusement pas souvent ainsi; nous disons malheureusement, car il est évidemment très regrettable, pour le médecin et surtout pour son malade, qu'on ne puisse certifier si l'on a affaire à un cancer du pancréas, affection fort grave par son évolution rapide et contre laquelle la chirurgie est désarmée, ou bien à un accident de la lithiase biliaire,

contre lequel le chirurgien de notre temps possède des armes victorieuses.

Troubles généraux de la santé, consistant en un amaigrissement et un affaiblissement rapides du malade; ou bien troubles digestifs constitués par une perte de l'appétit, des indigestions, avec vomissements ou diarrhée; ou encore douleur sourde d'abord, puis vite plus aiguë, siégeant à l'épigastre et dans le dos, tels sont les divers modes de début de cette maladie. Vient ensuite un ictère, qui apparaît généralement d'une façon graduelle et cependant rapide, quelquefois brusquement, ictère foncé qui s'assombrit chaque jour et ne disparaît plus. Alors apparaissent d'autres signes au sujet desquels les auteurs ne sont pas complètement d'accord. Pour M. le Professeur Jaccoud (*Cliniques de la Pitié*, 1886, page 149), le complexe symptomatique est formé par l'amaigrissement rapide du malade, la présence du sucre dans l'urine, les selles graisseuses et la pigmentation bronzée de la peau. De leur côté, Bard et Pic reconnaissent comme symptômes dominants et caractéristiques l'existence d'un ictère chronique toujours progressif, avec dilatation énorme de la vésicule biliaire, avec amaigrissement et cachexie rapides, mais sans augmentation notable du foie; la réunion de ces quatre signes, tous importants, constitue, pour eux, la caractéristique spéciale de la maladie. La perception par la palpation abdominale d'une tumeur pancréatique serait chose rare, puisqu'ils ne l'observent qu'une fois dans leurs sept cas; c'est, du reste, l'avis de Da Costa, dont M. Quenu cite l'opinion dans le *Traité de Chirurgie*; d'après Da Costa, en effet, pareille tumeur ne serait cerceptible que chez un tiers des malades.

On l'observerait surtout à l'épigastre. Pour Bard et Pic, la sialorrhée, les selles graisseuses, la sécheresse de la bouche, la sensation de sable dans l'arrière-gorge, n'ont qu'une importance tout à fait secondaire. La présence du sucre dans l'urine ne doit pas non plus être bien fréquente, puisqu'ils ne l'ont jamais rencontrée chez leurs sept malades. Quant au signe du salol, ils n'ont pas d'opinion à son sujet.

Voilà donc les signes positifs permettant de diagnostiquer, à coup sûr disent Bard et Pic, le cancer du pancréas; opinion à laquelle sont loin de souscrire beaucoup de chirurgiens, et nous allons en dire les raisons.

Le cancer du pancréas, en effet, affectionne particulièrement la tête de la glande et il s'ensuit qu'il est de règle que le canal cholédoque, son si proche voisin, soit plus ou moins obstrué : d'où la production d'un ictère permanent; il est aussi de règle que cette obstruction du canal cholédoque soit suivie d'une distension énorme de la vésicule biliaire, facilement perceptible à la palpation dans l'hypocondre droit. Bard et Pic ont bien mis en lumière ce fait important qu'au cas de cancer de la tête du pancréas, la tumeur hypocondriaque qu'on perçoit est une tumeur biliaire. Dans les sept observations que renferme leur travail, cette tumeur existe sept fois; Vernay la mentionne cinq fois sur onze observations complètes qu'il donne dans sa thèse (Lyon, 1884); la thèse de Madre (Paris, 1883) en contient encore deux exemples; enfin, en lisant la thèse de Lapierre (Paris, 1879), nous avons encore trouvé la mention de deux cas de cancer du pancréas où il existait dans l'hypocondre droit une tumeur ressemblant de tous points

à une vésicule biliaire distendue. Le fait donc semble bien démontré.

Or, en présence d'un malade affecté d'un ictère persistant, avec tumeur hypocondriaque qui peut raisonnablement ressembler à une tumeur biliaire, puisque c'en est une, à quoi peut-on bien songer ?

Bard et Pic répondent qu'on doit penser de suite au seul cancer du pancréas. « La lithiase, disent-ils, ne prend que très exceptionnellement des caractères semblables à ceux que nous avons décrits; on y croit, il est vrai, assez volontiers en pareil cas, mais c'est au prix d'une erreur de diagnostic. Pour produire ce tableau clinique, il faut supposer un calcul engagé dans le canal cholédoque, ce qui est infiniment plus rare que les calculs du canal cystique. »

Nous adopterons de préférence l'opinion de M. Quenu qui trouve tout naturel qu'en présence d'un tel tableau clinique, on songe de prime abord à la lithiase biliaire, et, en particulier, à une obstruction calculeuse du canal cholédoque. Ces calculs ne sont, d'ailleurs, pas si rares que le disent Bard et Pic. De plus, ils déterminent eux aussi un ictère permanent et une tumeur biliaire.

Si l'on ne peut donc, avec Bard et Pic, éliminer l'idée d'obstruction cholélithiasique du canal cholédoque, en se basant sur la rareté supposée de cet accident, pourrions-nous au moins trouver dans les autres symptômes, importants ou secondaires, assignés au cancer pancréatique, les raisons nécessaires et suffisantes pour que sa reconnaissance s'impose ?

Nous y voyons signalée au premier plan l'apparition rapide et même subite d'un ictère, qui ne rétrocede plus,

et ce ne sera assurément pas ce signe qui éloignera de nous l'idée de calcul du canal cholédoque.

L'amaigrissement rapide, la présence du sucre dans l'urine seront-ils davantage pour nous les signes pathognomoniques du cancer pancréatique? L'apparition rapide de troubles cachectiques sera, sans doute, un excellent signe de tumeur maligne. Bard et Pic en font avec juste raison, un de leurs signes cardinaux et ne souscriraient certainement pas à l'opinion de M. le Professeur Dieulafoy qui place la rapidité de l'amaigrissement parmi les signes inconstants de la maladie (page 809 du *Manuel de Pathologie interne*, 2^e volume, 8^e édition). Mais ne pourrait-on aussi mettre cette cachexie sur le compte d'un cancer des voies biliaires?

Quant à la glycosurie, que M. Jaccoud met parmi les symptômes de première importance, elle ne doit être guère fréquente, puisque Bard et Pic l'ont systématiquement recherchée sans succès.

Les selles graisseuses, elles aussi, se rencontrent chez les ictériques par simple catarrhe des voies biliaires et la stéarrhée ne sera donc pas suffisante, comme le veut M. le Professeur Tillaux (*Chirurgie clinique*, t. II, page 170), pour faire admettre une tumeur du pancréas.

Sahli enfin a indiqué (*Semaine médicale*, 1886, page 153) un procédé devant faire savoir si le suc pancréatique arrive dans l'intestin. Il est basé sur ce fait que ce suc décompose le salol en acide phénique et acide salicylique. Si donc on administre au malade deux grammes de salol, ou ces deux acides vont apparaître dans l'urine et l'on en conclura qu'il n'y a pas de lésions du pancréas, ou bien on ne les y

trouvera pas, et c'est alors qu'il n'a pas été décomposé parce qu'il n'arrive plus de suc pancréatique dans l'intestin. Nous baserons-nous donc sur cette épreuve du salol pour diagnostiquer : obstruction du canal cholédoque par le pancréas cancéreux, et écarter toute idée de cholélithiase? A supposer que ce procédé soit exact, pour me servir des termes mêmes qu'emploie pour le juger M. le Professeur Dieulafoy, ne serait-ce pas oublier que, dans maintes circonstances, le canal de Wirsung participe des lésions, inflammatoires ou autres, du canal cholédoque et peut, par propagation ou par compression, se trouver comme lui et en même temps que lui oblitéré?

Pour résoudre le problème posé, M. Quenu est d'avis qu'on se base surtout sur l'existence de coliques hépatiques d'une part, d'autre part sur les signes d'une cachexie à marche extrêmement rapide et sur la présence d'une tumeur à l'épigastre.

Nous ne pensons pas que M. Quenu tire grand espoir de ce dernier signe, puisqu'il en signale lui-même, deux lignes plus bas, la grande rareté.

Pour ce qui est de l'existence antérieure de coliques hépatiques, nous penserons, au contraire, avec Bard et Pic, qu'il ne faut lui accorder qu'une signification restreinte. Ces auteurs appuient leur opinion sur ce fait que la coïncidence des deux affections est relativement fréquente (deux fois sur sept cas) et retire beaucoup de valeur à ce symptôme. A cet argument de Bard et Pic, nous ajouterons un argument personnel : c'est qu'il est des cas où la colique hépatique, nettement caractérisée, fait partie du cortège symptomatique du cancer du pancréas, sans qu'il y

ait nullement association de cholélithiase (vérification faite à la nécropsie); nous appuyons notre opinion sur plusieurs observations que nous avons lues, et notamment sur l'observation IV de Madre, où le malade présenta, à trois reprises différentes au moins, des crises de coliques hépatiques, sur l'observation XXV de Bonnamy (thèse de Paris, 1879) et sur l'observation VI de Salles (thèse de Paris 1880), d'après laquelle le malade fut soigné assez longtemps pour coliques hépatiques.

De cet ensemble de faits, nous tirerons la conclusion que le diagnostic de cancer du pancréas ou de tumeur cholécystique, calculeuse ou cancéreuse, est bien réellement malaisé.

CHAPITRE VIII

Diagnostic avec le rein ectopié.

Lorsqu'en palpant l'abdomen on sent généralement vers le flanc droit ou dans l'hypocondre du même côté, une tumeur globuleuse, dure, lisse, fort mobile dans tous les sens, il est très admissible qu'on pense alors à un rein flottant.

Si, en outre, cette tumeur mobile a plus ou moins nettement la forme en haricot et la grosseur approchée du poing, si l'on réussit à la repousser dans la loge du rein, en éprouvant à ce moment la sensation produite par un noyau de cerise qu'on exprime entre les doigts pour le projeter au loin, si ces manœuvres causent au malade des phénomènes nauséux et douloureux, analogues à ceux qu'occasionne la compression du rein du côté opposé, si de plus les lombes du côté de la tumeur paraissent déprimées, donnent à la percussion un son plus clair que le son des lombes de l'autre côté, enfin si l'on constate au palper que cette région déprimée et sonore donne une sensation de vide ou au moins de résistance moindre que du côté opposé, avec

tous ces signes on sera bien en droit d'affirmer qu'on est en présence d'un rein flottant.

Le diagnostic sera encore fortifié par l'existence antérieure de coliques, de douleurs plus ou moins vives dans le côté droit de l'abdomen. Que ce soit une femme ayant eu plusieurs enfants, ayant maigri, ou ayant fait une chute sur les fesses, que cette femme nous dise que les douleurs augmentent au moment des règles, jusqu'à la confiner au lit, que son caractère soit devenu sombre et irritable, et nous aurons eu devant les yeux le tableau fidèle des troubles fonctionnels que produit l'ectopie rénale.

Ajoutons-y, pour être complet, l'absence de troubles de la sécrétion urinaire et généralement de troubles graves de la santé, et affirmons alors que nous avons affaire à un rein mobile.

Et hâtons-nous de dire qu'en clinique tous les cas ne sont pas aussi simples. Il n'est pas, en effet, très fréquent que ces signes soient ainsi tous réunis, pour rendre le diagnostic facile. L'ectopie rénale est même une des affections qui sont le plus souvent silencieuses, ou qui endossent une livrée qui n'est pas la leur. C'est une affection qui donne lieu dans la réalité à d'innombrables erreurs de diagnostic.

Citons-en de suite l'exemple saisissant que rapporte Trousseau dans ses *Cliniques de l'Hôtel-Dieu* : une femme est examinée par plus de dix médecins et tous méconnaissent l'ectopie du rein, la plupart concluent à l'existence d'une tumeur maligne du foie, l'un d'eux pense même à une tumeur de la matrice; c'était, il est vrai, un médecin homœopathe, ajoute malicieusement Trousseau.

Parmi ces erreurs, une des plus communes consiste à

prendre un rein ectopié pour une tumeur vésiculaire ; quant à l'erreur contraire, elle se commet aussi parfois et nous en donnerons, chemin faisant, quelques exemples.

Pour commencer, cherchons donc pourquoi ces erreurs de diagnostic sont si fréquentes. Et d'abord, voyons quels signes nous donnent les classiques pour différencier cliniquement les tumeurs vésiculaires et les tumeurs ectopiques du rein. Nous discuterons ensuite leur valeur diagnostique et nous y trouverons, pensons-nous, les explications demandées.

« Les tumeurs de la vésicule biliaire, nous dit Fritz, (*Archives générales de médecine*, 1859), sont toujours pyri-formes, à grosse extrémité dirigée à gauche, et dépassant souvent la ligne médiane ; elles sont peu mobiles, ne peuvent jamais être refoulées au-dessous du foie (vers sa face inférieure), et communiquent au foie les mouvements qu'on leur imprime. La percussion y donne un son mat, qui se continue avec la matité jécorale. »

Ainsi donc, pour Fritz, le diagnostic sera fait d'après les seuls caractères physiques de la tumeur.

Pour Trousseau (*Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, tome III), « il suffira de rechercher d'une part si la région rénale correspondante à la tumeur n'est pas vide, de rechercher d'autre part si la pression ne détermine pas une sensation identique et dans la tumeur et sur le rein opposé resté en place », enfin, d'examiner les qualités de mobilité de la tumeur, laquelle sera beaucoup plus mobile si c'est un rein.

D'après M. Bouilly (*Manuel des quatre agrégés*, tome IV), la tumeur formée par le rein « peut être prise pour une vési-

cule biliaire grossie et très mobile; le diagnostic se fera par le siège exact de la tuméfaction, son déplacement avec les mouvements du foie et les antécédents de colique hépatique et d'ictère. »

Enfin, M. Tuffier, dans le *Traité de Chirurgie*, nous dit : « La vésicule biliaire distendue forme bien une tumeur arrondie, descendant vers l'ombilic, elle peut être recouverte à sa partie inférieure par l'intestin sonore, mais elle est plus franchement ronde, irréductible, peu mobile et surtout il n'existe aucune zone de sonorité entre elle et la matité hépatique. »

Au total, les auteurs classiques appuient donc leur diagnostic : 1° sur la forme différente de la tumeur rénale et de la tumeur cholécystique; 2° sur leur siège exact; 3° sur les caractères de leur mobilité; 4° sur les connexions intimes de la tumeur vésiculaire avec le foie; 5° sur les renseignements que nous donne l'inspection de la région lombaire correspondante à la tumeur, ainsi que sa palpation et sa percussion; 6° sur les caractères de la douleur produite en manipulant la tumeur, la pression, au cas de rein flottant, déterminant une sensation identique et dans la tumeur et sur le rein opposé resté en place; enfin, 7° sur les antécédents de colique hépatique et d'ictère au cas de vésicule cholélithiasique.

Pour ce qui est de la forme, il est évident qu'une tumeur en haricot diffère essentiellement d'une tumeur pyriforme et que le diagnostic sera tout à fait affirmatif quand on aura perçu une tumeur possédant un contour aussi nettement caractéristique. Mais souvent ce qu'on sent est simplement globuleux, plus ou moins arrondi, et la forme en poire

ou en haricot qu'on recherche n'apparaît pas clairement, soit qu'on ait pour bien palper des difficultés tenant, par exemple, à l'épaisseur de la paroi de l'abdomen, à l'excès de la douleur, à l'impressionnabilité du malade, soit que la tumeur ne touche pas immédiatement la paroi, comme il arrive pour le rein mobile, que cette tumeur rénale se présente dans un sens ou dans un autre, soit enfin qu'elle emprunte la forme classique d'une autre tumeur pour mieux obscurcir le diagnostic, pour mieux prêter matière à l'erreur.

C'est ainsi, par exemple, que Calot relate, d'après Kocher, l'histoire d'une malade qui portait dans l'hypocondre droit une tumeur, laquelle, lisse, de la forme et de la taille d'un rein, antérieurement concave, indolente à la pression, mobile, ressemblait de tous points à un rein ectopié et mobile; l'opération montra qu'à l'endroit où l'on avait cru voir ce rein existait tout simplement une cholécyste-longue, dilatée, calculeuse; ajoutons qu'il n'y avait eu antérieurement ni ictère ni colique hépatique.

Le siège de ces tumeurs ne constitue pas non plus un signe de grande valeur pour leur différenciation. Évidemment, située au niveau de l'extrémité antérieure du dixième cartilage costal droit, une tumeur a bien des chances pour être une cholécyste distendue; mais, en cas de cholélithiase vésiculaire, le foie est bien souvent hypertrophié, basculant, dépassant les fausses côtes et dès lors la vésicule n'occupera plus son siège classique; très variable sera sa situation dans l'hypocondre, si même elle ne pousse pas plus loin.

Ou bien souvent aussi, au lieu d'être perçu au flanc droit,

le rein droit ectopié viendra se loger dans l'hypocondre et constituer, par cette situation même, une tumeur difficile à diagnostiquer.

Nous avons recherché quelle était la fréquence de ce fait et voici les résultats de la petite enquête à laquelle nous sommes livré : sur les huit observations de rein droit mobile que cite Fritz, la tumeur se sentait dans l'hypocondre cinq fois; Pitois, dans sa thèse (Paris, 1879), consigne trois cas de tumeur hypocondrale sur les cinq observations où la position du rein droit est exactement signalée; sur les vingt-cinq observations de Buret (th. Paris, 1883), n'appartenant ni à Fritz ni à Pitois, et mentionnant la position exacte du rein droit, treize fois il y eut tumeur de l'hypocondre droit; enfin, la thèse de Le Cuziat (Paris, 1889) contient un fait de ce genre sur trois. Au total, dans 51 cas de rein droit ectopié, 22 fois la tumeur fut perçue dans l'hypocondre droit. Nous ne croyons donc pas que le fait de siéger en cette région puisse faire rigoureusement éliminer l'une ou l'autre de ces tumeurs.

Voici, du reste, une observation où le rein droit mobile occupait bien la place de la cholécyste et où, de plus, l'on observa des coliques ressemblant fort aux coliques hépatiques, si bien qu'on pensa quelque temps à une tumeur de la vésicule biliaire.

OBSERVATION XXXI (Fournié).

En novembre 1880, le docteur Fournié fut appelé par une dame d'une quarantaine d'années qui était en proie à d'in-

tolérables coliques. Elle était couchée sur le dos, la face grippée et sans fièvre. Depuis quelques jours, elle avait des coliques sourdes, lesquelles étaient devenues très violentes dans la journée. Elle avait eu à diverses reprises des vomissements bilieux et, actuellement, elle a un peu de diarrhée. Elle ne peut préciser l'époque de ses règles qui sont depuis un an suspendues. Ces douleurs sont survenues sans cause appréciable. Elle a eu trois enfants, elle est faible, anémique, mais toutes ses fonctions s'accomplissent normalement. Elle a bon appétit et ses douleurs ont diminué beaucoup depuis qu'elle s'est mise au lit. Sa mère est morte d'une tumeur du foie. L'abdomen ne semble pas augmenté de volume. Légère saillie au-dessous des fausses côtes droites. Aucune douleur à la palpation, sauf dans la région hépatique, où l'on constate une tumeur arrondie, dure, siégeant au niveau de la face inférieure du foie, dans la gouttière de la vésicule biliaire. La pression à ce niveau arrache des cris à la malade. Le docteur Fournié réserve le diagnostic et ne traite que la douleur : il penchait fort pour une tumeur de la vésicule ou du foie, malgré l'absence de tout symptôme fonctionnel. Mais, lorsqu'il revint le lendemain, la tumeur avait disparu. Il la chercha et finit par la trouver entre l'ombilic et l'épine iliaque droite. La face inférieure du foie était normale ; la grosseur était moins sensible, ce qui permit de lui reconnaître la forme et la consistance d'un rein et une grande mobilité. A la pression, la malade éprouvait une sensation désagréable tout à fait particulière. La loge occupée par le rein droit semblait vide ; Fournié y poussa le rein qui y resta. Immédiatement toute douleur cessa et la malade ressentit un grand soulagement.

Quant à la mobilité du rein, c'est, au contraire, un signe très important, et dont nous avons constaté la fréquence

extrême (Buret cite vingt-trois observations de rein droit ectopié, en signalant nettement les qualités de leur mobilité : or, vingt-deux fois sur vingt-trois la tumeur était mobile ou très mobile). Cependant, nous signalerons comme causes possibles d'erreur, les cas où l'on observe d'une part des tumeurs biliaires très mobiles, et d'autre part des reins ectopiés fixés.

La tumeur vésiculaire perçue était mobile comme un rein dans l'observation de Kocher, dont nous parlions plus haut, et nous citerons en cet endroit deux cas d'erreurs de diagnostic, dans lesquels la mobilité siège au rang des signes trompeurs.

OBSERVATION XXXII (Fournié).

Je vis, il y a un an, avec plusieurs confrères, une jeune dame tuberculeuse qui, à la suite d'un violent cahot, fut prise immédiatement de douleurs de ventre intolérables; ces douleurs s'irradiaient dans les deux membres inférieurs. Les diagnostics étaient bien partagés : myélite, névralgies, abcès du foie ouvert dans le péritoine. Ayant constaté, à droite de l'ombilic, une tumeur dure, bosselée, très mobile, douloureuse, j'opinais pour un rein flottant dégénéré, me fondant surtout sur ce fait que la quantité d'urine avait énormément diminué depuis l'accident. L'autopsie vint donner un démenti à tous les diagnostics portés. On trouva, en effet, sur le rein droit, qui était fort peu mobile dans sa gaine, une tumeur irrégulière, jaunâtre, grosse comme une petite orange et constituée par la vésicule bi-

liaire pleine de calculs. Les canaux cholédoque et cystique hypertrophiés avaient une longueur de 15 à 25 centimètres, ce qui expliquait le déplacement si grand de la vésicule.

OBSERVATION XXXIII (*In th. Grout. Paris, 1874*).

Femme, 48 ans, entre le 23 juin à Lariboisière; atteinte d'affection cardiaque. Se plaint de douleurs du côté droit, ayant débuté il y a huit mois, augmentant à la marche. Depuis quinze jours, ces douleurs sont plus vives. Foie très volumineux, indolore. Ni ictère, ni ascite. Le 25, douleurs encore plus violentes. Le 26, on sent sous le foie, au niveau de la partie moyenne du bord inférieur, une tumeur mobile, douloureuse à la pression : ce pourrait être un rein mobile, dit M. Siredey. Le 28 juin, des douleurs dans la région hépatique arrivent subitement et disparaissent de même. On remarque une teinte jaunâtre des conjonctives. On croit à une distension de la vésicule par la bile, produite par des calculs. En effet, la tumeur est mobile et présente une forme ronde. On sent un rebord entre la vésicule et le foie; de plus, on peut placer la main dans ce rebord. Depuis, le diagnostic s'est confirmé.

Quant aux rapports, de la tumeur avec le foie, leur recherche constitue un des principaux appoints du diagnostic différentiel, et, lorsqu'on les trouve intimes, c'est une grande présomption en faveur d'une tumeur cholécystique.

Cependant, ces rapports manquent parfois, ainsi qu'on l'a pu voir dans l'observation précédente de Fournié. On cite partout en exemple un cas de Lawson Tait, où l'inter-

position d'une zone sonore entre le foie et une tumeur de l'hypocondre fit éliminer à tort l'idée de tumeur cholélithiasique et diagnostiquer un rein flottant. M. Monod a, de son côté, publié (*in* Morin, thèse de Paris, 1894) une observation intéressante de diagnostic très incertain, où les relations classiques manquaient avec le foie; en voici les passages principaux :

OBSERVATION XXXIV.

Homme, 44 ans. Entre à l'hôpital porteur d'une tumeur siégeant sous le bord externe du muscle droit de l'abdomen, au niveau de l'ombilic qu'elle déborde largement en bas. Sa forme rappelle vaguement celle du rein, sa surface est lisse. La tumeur siége trop profondément pour qu'on puisse apprécier nettement sa consistance, mais elle ne paraît nullement fluctuante. Elle n'est pas douloureuse à la pression, est un peu mobile de droite à gauche, surtout de haut en bas et se laisse refouler en haut, plutôt vers le foie que vers le rein. Elle n'est pas appréciable par le palper lombaire et ne se déplace pas dans les mouvements respiratoires (le fait a été vérifié au cours de l'opération). Aucun trouble fonctionnel, et surtout *aucun trouble pouvant être mis au compte d'une affection calculeuse du foie (ictère, coliques, etc.)*. Le diagnostic reste incertain. Le malade, quoique amaigri, ne présente pas la teinte dite cachectique. Quoiqu'il se plaigne d'avoir de temps à autre des mictions douloureuses, les urines sont normales. On s'arrête aux diagnostics de tumeurs du rein ou de l'épiploon, ou de dilatation de la vésicule biliaire. La laparotomie exploratrice

montre, après écartement des anses intestinales la recouvrant, une tumeur gris blanchâtre, tendue, ayant toutes les apparences d'une tumeur kystique. L'idée d'un kyste hydatique vient naturellement à l'esprit et paraît tout d'abord confirmée par la ponction de la tumeur qui donne issue à 250 grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche. Finalement, l'on constate que la tumeur était une tumeur de la vésicule renfermant 232 calculs.

D'autre part, le rein ectopié a pu, par suite d'adhérences, présenter, dans certains cas, les mêmes rapports avec le foie. Donnons-en de suite deux exemples.

OBSERVATION XXXV.

Une dame s'offre à l'examen du docteur Fournié, qui présentait dans l'hypocondre une tumeur arrondie, allongée dans le sens vertical, haute de 9 centimètres. Cette tumeur était très mobile dans tous les sens, sauf en bas. Si l'on tirait en bas, on éprouvait une forte résistance et la malade se plaignait de tiraillements à l'épigastre. Des mouvements se faisaient suivant une courbe, dont le centre aurait été au hile du foie. On pouvait, dans ce cas, penser à une tumeur de la vésicule, dont le pédicule se serait allongé, comme le docteur Fournie en avait déjà signalé un exemple (voir notre obs. XXXII). La suite prouva qu'il s'agissait d'un rein flottant adhérent par une bride à la face inférieure du foie.

OBSERVATION XXXVI (Terrillon).

Femme de 29 ans, entrée à l'hôpital le 22 octobre 1891.

Antécédents. — En avril 1889, violente crise de coliques hépatiques, se reproduisant régulièrement chaque mois jusqu'en février 1891, sans ictère ni décoloration des selles, sans jamais de calcul dans les fèces. En février 1891, ictère qui n'a pas cessé depuis. Décoloration des selles, crises plus fréquentes, revenant tous les trois ou quatre jours. Amaigrissement, anorexie, suppression des règles. En août 1891, tuméfaction manifeste au niveau des fausses côtes droites.

Examen à l'entrée. — Ictère généralisé. Dans la région hépatique, tuméfaction arrondie s'étendant à trois travers de doigt au dessous des fausses côtes, se continuant avec le foie et suivant les mouvements de la respiration, se prolongeant assez loin vers la région lombaire. On peut la saisir entre la main appliquée sur le ventre et l'autre main placée dans la région lombaire.

Diagnostic. — On aurait pu penser à un rein déplacé, mais l'ictère, les coliques, la continuité avec le foie font penser à une lésion de la vésicule biliaire.

Laparotomie le 3 décembre 1891. Lobe droit du foie hypertrophié, descendant jusqu'au-dessous de la ligne transversale qui passe par l'ombilic. Au-dessous de ce lobe se trouve le rein droit déplacé, volumineux, accolé à la face inférieure de la vésicule : c'est lui qui forme cette tumeur qu'on avait prise pour la vésicule distendue. Quant à la vésicule, elle est grosse comme un marron, très faiblement

distendue, située profondément vers le hile du foie; elle contient un liquide citrin; pas de calculs.

Quant aux sensations que donnerait l'exploration des lombes, vides au cas de rein mobile, il ne faut sans doute pas s'illusionner sur leur valeur diagnostique. Les classiques cependant, imitant Rayet, s'étendent avec complaisance sur leur description.

Or rien n'est plus rare de recueillir ces sensations.

Buret, dans sa thèse, ne déclare-t-il pas que jamais ni son maître, M. Duguet, ni lui n'ont trouvé la région lombaire déprimée? Guéneau de Mussy ne croyait guère non plus à la fréquence de ce signe : « Quelquefois, dit-il, à la vue la région semble un peu déprimée » ; mais quelquefois seulement. De son côté, Grisolle pensait de même et écrivait les lignes suivantes (*Pathologie interne*, tome I, page 611) : « Le déplacement du rein s'accompagnerait, dit-on, de dépression dans la région lombaire; ce signe n'est pas constant; je n'ai pu le vérifier sur plusieurs individus qui offraient l'anomalie dont je parle; cependant l'an dernier je l'ai constaté de la manière la plus nette sur un homme. »

Quant au son tympanique de la loge vide, Buret n'a jamais pu constater ce signe et n'y croit pas. Bien plus, sur le malade signalé dans sa 43^e observation, il y avait tympanisme dans la loge gauche où le rein était à sa place et matité absolue à droite, le rein droit étant loin de là, dans la fosse iliaque.

Pour terminer cette critique des renseignements attribués à l'exploration rénale, nous ne pouvons mieux faire

que de citer ce qu'en pense M. le Professeur Tillaux (page 143, *Chirurgie clinique*) :

« Il ne faut pas, du moins à mon avis, trop compter sur la palpation et la percussion pour constater que la place occupée normalement par le rein est vide. Je ne dis pas que ce soit impossible, mais je n'ai pu atteindre jusqu'ici cette finesse d'exploration. »

Mais, si la valeur des symptômes précédents est douteuse, il n'en est pas ainsi du symptôme douleur. Dans le cas de rein mobile, la douleur, ce cri de l'organe malade, constitue réellement un signe de valeur, un élément précieux pour le diagnostic, et cela à cause même des caractères spéciaux qu'elle présente et aussi en raison de son assez grande fréquence. (Nous avons relevé dans Buret vingt cas où, au cas de rein droit, l'on signale l'absence ou l'existence de la douleur ; or onze fois se présenta la douleur nauséuse classique).

Mais une pareille importance ne doit pas être le lot réservé aux antécédents. Evidemment l'existence antérieure bien constatée de phénomènes de cholélithiasse sera d'un grand secours pour le diagnostic, mais on sait qu'assez fréquemment les accidents antérieurs manquent au cas de tumeur calculeuse vésiculaire et, d'autre part, l'absence d'antécédents est presque la règle dans l'ectopie du rein.

Bien plus, il est des cas où ces antécédents par leur existence pourraient être un élément d'erreur. Hale White nous en a récemment donné un exemple.

Il s'agit dans ce cas d'un homme de 34 ans, entré à Guy's Hospital le 2 janvier 1891 pour un ictère qui remontait à quelques jours. On percevait au-dessous du foie

une tumeur très mobile qui fut, en fin de compte, reconnue pour le rein droit déplacé. Quelque temps après, une néphrorraphie fut pratiquée, et depuis lors l'ictère a disparu et ne s'est jamais montré à nouveau. L'ictère dans ce cas tenait sans doute à la compression par le rein mobile des canaux biliaires extra-hépatiques.

De cette analyse critique des symptômes indiqués pour différencier nos tumeurs, nous concluons qu'elles présentent réellement quelques bons signes révélateurs ; mais ces signes sont peu nombreux et ne se rencontrent pas toujours. Pour Buret, le seul signe de valeur en faveur du rein flottant, c'est la constatation d'une tumeur ayant du rein la forme et les caractères physiques ; c'est être un peu sévère. Mais il n'en est pas moins vrai que, dans nombre de cas, l'absence de ce signe ne permet qu'un diagnostic approché, ou même faux.

En résumé, nous croyons qu'il en est de cette maladie comme de beaucoup d'autres. Son diagnostic serait d'une bien grande facilité si elle se présentait à l'observateur avec l'ensemble des caractères que lui assignent les livres ; mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Souvent de la souffrance simultanée de plusieurs organes voisins résultent plusieurs ordres de symptômes qui se masquent et se compliquent mutuellement. Il faut une grande habitude clinique, une rare perspicacité pour démêler dans cet ensemble de phénomènes morbides ce qui appartient à la lésion de tel ou tel organe. D'autres fois, les deux maladies qui nous occupent parcourent leurs périodes accoutumées sans avoir été annoncées par aucun des symptômes qui en signalent ordinairement l'existence. Enfin on les voit se ressem-

bler plus ou moins fidèlement, par suite d'anomalies de leur développement ou de leur marche, et nous donner l'explication de ces erreurs dans le diagnostic, que tout justifie.

CHAPITRE IX

Diagnostic avec les autres affections rénales.

Nous n'avons pas l'intention de nous étendre ici sur les difficultés du diagnostic avec les tumeurs du rein et avec l'hydronéphrose. Notre intention, que nous avons exprimée au début de cette thèse, n'est pas de discuter tous les cas où le diagnostic a pu présenter des difficultés ou des impossibilités.

Nous dirons seulement que les tumeurs du rein siègent principalement au niveau du flanc droit, qu'elles s'accompagnent de troubles fonctionnels la plupart du temps très spéciaux, et qu'en général elles ne viennent pas dans l'hypocondre droit constituer une cause d'erreur pour le diagnostic des tumeurs vésiculaires de cette région.

Quant à l'hydronéphrose, on y pense à la vérité de temps en temps, au cas de tumeur cholécystique liquide. Mais, pour être une cause de confusion, l'hydronéphrose doit avoir acquis un volume considérable et s'accompagne alors de troubles urinaires sur lesquels il paraît difficile que l'attention ne soit pas appelée.

CHAPITRE X

Diagnostic avec les tumeurs de la paroi abdominale.

Nous aurions dû, pour obéir à l'ordre dans lequel on doit examiner une tumeur abdominale, commencer par étudier le diagnostic avec les tumeurs intrapariétales, mais nous avons préféré commencer par les tumeurs de grande importance à notre point de vue et nous terminerons par où le chirurgien commence d'habitude, par l'examen des affections de la paroi hypocondrale.

Comme le reste des parois du ventre, celle de l'hypocondre droit est parfois le siège de tumeurs qu'il ne faudra pas confondre avec les tumeurs calculeuses ou cancéreuses de la vésicule biliaire. Ce sont des fibromes, des sarcomes sous-péritonéaux, des lipomes, des kystes hydatiques, etc. Nous ne nous occuperons ici que du diagnostic des fibromes.

Les fibromes de la paroi abdominale sont souvent appelés tumeurs fibreuses péripelviennes. C'est assez dire que leur siège favori se trouve loin de l'hypocondre droit, où elles ne s'observent en effet qu'exceptionnellement. Elles y présentent du reste les mêmes caractères qu'autour du bassin : tumeur qui passe le plus souvent inaperçue, comme

presque toutes les tumeurs indolentes; c'est par hasard, en y portant la main, que les malades s'aperçoivent d'une tumeur; parfois elle devient un peu sensible ou gêne la ceinture. La paroi abdominale est soulevée dans une étendue variable par une tumeur généralement ovoïde, plus ou moins aplatie, de consistance dure, à surface lisse et polie, bien circonscrite; les dimensions en sont variables. Mais les signes pathognomoniques de ces tumeurs, les signes indiquant bien qu'elles dépendent de la paroi et qu'elles ne siègent pas dans l'abdomen sont les suivants : mobilité de la tumeur pendant le relâchement des muscles des parois de l'abdomen et fixité dans la contraction de ces mêmes muscles. L'exploration des parties voisines révèle quelquefois l'existence d'une adhérence au rebord costal, d'un pédicule rattaché au périoste de la cage thoracique. Quant à l'adhérence péritonéale, lorsqu'elle existe, il n'y a guère moyen de la soupçonner avant l'incision abdominale. L'évolution est lente, peu douloureuse. La tumeur ne menace pas l'existence; son énucléation est facile; c'est donc une tumeur bénigne. Malheureusement son accroissement est indéfini. Une autre particularité bien curieuse de leur étiologie, c'est que ces tumeurs se développent toujours chez des femmes.

Lorsque la tumeur hypocondriaque se présentera avec cet ensemble de caractères, son diagnostic ne souffrira guère de difficulté et en particulier la confusion avec une tumeur de vésicule ne sera guère possible.

Les cas où ce diagnostic pourra peut-être se présenter, c'est lorsqu'on aura affaire à une tumeur cholécystique longuement pédiculée, appendue au foie par un mésopéritonéal

démesuré, et venant se fixer à la paroi abdominale, pour ne plus obéir aux mouvements physiologiques du foie et participer plutôt aux mouvements de la paroi.

Nous terminerons ce chapitre en publiant ici, à titre de document, une observation inédite de tumeur de la paroi abdominale ayant été prise un instant pour une tumeur de la vésicule biliaire. C'est en procédant à l'opération ci-dessous relatée que M. Lejars nous a engagé à traiter le sujet que nous avons choisi pour notre thèse inaugurale. Cette observation constitue donc la raison première, le *primum movens* de ce travail.

OBSERVATION XXXVII (Lejars).

Fibrome de la paroi abdominale siégeant à la partie antéro-supérieure de l'hypocondre droit et rappelant, par sa situation, sa forme et sa consistance, la vésicule biliaire calculeuse.

R. Marguerite, 21 ans, domestique, entre à l'hôpital Beaujon le 11 mai 1896. Très vigoureuse, très grasse, très colorée, elle n'accuse rien que de très banal dans ses antécédents. Régliée à 11 ans, elle n'a jamais eu de troubles menstruels, ni de douleurs pelviennes.

Elle se plaint seulement d'un peu de sensibilité dans l'hypocondre droit et elle s'inquiète de la présence d'une tumeur qu'elle retrouve elle-même fort bien, au-dessous des fausses côtes. Elle s'est aperçue, il y a huit mois environ, de la présence de cette grosseur, qui avait à peu près le volume actuel et qui ne paraît que très lentement grossir.

On constate, en effet, un peu en avant de la partie moyenne de l'arcade costale droite, une masse allongée obliquement en bas et en avant, conoïde, un peu aplatie pourtant, de consistance dure et légèrement bosselée ; le grand diamètre de la tumeur est d'environ 5 à 6 centimètres. Elle donne absolument au palper la sensation d'une vésicule biliaire remplie de calculs et, pour établir un diagnostic précis, il est besoin d'un examen d'autant plus minutieux que l'épaisseur de la paroi abdominale et surtout de la couche adipeuse sous-cutanée gêne beaucoup l'exploration. Pourtant l'on arrive à se convaincre que, dans les grands mouvements respiratoires, la tumeur se mobilise avec le foie ; de plus, lorsque la malade se soulève et que la paroi musculaire se contracte, la pseudo vésicule ne disparaît pas, mais s'immobilise. Il s'agit donc bien d'une tumeur de la paroi, mais la forme si particulière qu'elle présente, sa dureté, ses fines bosselures, le siège qu'elle occupe expliquent bien les hésitations de la première exploration.

Il faut ajouter que la malade n'avait jamais eu d'ictère et qu'elle n'avait jamais souffert de coliques bien caractérisées. En somme, la tumeur avait toujours été fort peu douloureuse : les quelques tiraillements qu'elle provoquait siégeaient dans la région épigastrique et dans l'hypocondre, sans avoir jamais revêtu les allures de ces crises gastralgiques, communes dans la lithiase vésiculaire.

Le diagnostic porté fut donc celui de fibrôme de la paroi abdominale, et l'opération fut faite sous l'éther le 15 mai 1896. Une incision longitudinale découvrit, sous un épais pannicule grasseux et sous une première couche aponévrotique, une tumeur fibreuse, incluse dans la paroi musculaire de l'abdomen, en dehors du grand droit : elle faisait corps, en quelque sorte, avec les lames charnues et aponévrotiques voisines, dans lesquelles il fallut la sculpter, et profondément elle adhérait au péritoine, mais d'une façon assez peu

intime, pour qu'il fût possible de la décoller avec précaution et d'en libérer toute la face profonde, sans ouvrir la séreuse. Un surjet profond de catgut réunit les parois de la loge cruentée, qu'avait laissée l'extirpation du fibrôme. Réunion cutanée. Le 28 mai, la malade sortait guérie.

L'examen de la tumeur montre qu'il s'agit bien d'un fibrôme pariétal, ayant la forme indiquée plus haut, et présentant les caractères ordinaires de ce genre de tumeurs.

TROISIÈME PARTIE

Diagnostic différentiel des tumeurs vésiculaires entre elles.

Nous avons montré dans les parties précédentes avec quelles affections on pouvait confondre les tumeurs hypochondrales de la vésicule biliaire, nous avons signalé la multiplicité des pièges tendus au chirurgien qui cherche à faire son diagnostic et le nombre considérable des erreurs inévitablement commises.

Maintenant nous devons supposer ce problème résolu. Nous avons diagnostiqué : tumeur de la vésicule biliaire. Il va s'agir alors de chercher à quelle variété de tumeur nous avons affaire.

Or, c'est par l'analyse attentive des symptômes constatés qu'on parviendra à savoir de quelle nature est cette tumeur.

La recherche de la fluctuation, par les résultats qu'elle donnera, nous dira d'abord s'il s'agit de tumeur solide ou de tumeur liquide. Après quoi nous devons rechercher à quelle tumeur ou liquides ou solides appartient celle que nous examinons. }

Et signalons, pour commencer, la difficulté fréquente de trouver cette fluctuation et par suite de procéder à un diag-

nostic plus précis et plus complet. La fluctuation, nous l'avons dit, est rarement nette, en raison de l'épaisseur des tissus qui séparent la tumeur de l'extérieur. En outre, elle peut parfois être, on l'a vu, une cause d'erreur.

Mais supposons que notre tumeur soit nettement solide : ce ne pourra être qu'un cancer ou une tumeur calculeuse pure, c'est-à-dire constituée par la seule présence de calculs dans la vésicule sclérosée. Comment différencier ces deux sortes de tumeurs ?

Supposons, d'autre part, qu'on ait constaté que la tumeur était fluctuante. Il nous faut ensuite rechercher à quelle variété de tumeur liquide la rattacher. Or les classiques en reconnaissent trois : la tumeur hydropique, contenant de la sérosité et due à l'oblitération du canal cystique ; la tumeur purulente enkystée, due à une transformation de l'hydropisie de la vésicule ; et, enfin, la tumeur biliaire, cette dernière contenant de la bile plus ou moins pure ou mélangée à du pus et causée par l'obstruction parfois du canal cystique, généralement du canal cholédoque ; mais la tumeur biliaire formée par l'oblitération du canal cystique ressemble cliniquement à la tumeur hydropique et nous ne décrirons sous le nom de tumeur biliaire que la tumeur formée par l'obstruction cholédocienne.

Nous allons passer en revue toutes ces sortes de tumeurs et attribuer à chacune les traits qui lui conviennent et grâce auxquels on pourra la différencier des autres.

A. — *Tumeur calculeuse.*

Cette tumeur, formée par la vésicule rétractée sur des cal-

culs et scléreuse, provient parfois d'une transformation des cholecystites catarrhale ou suppurée, mais elle est généralement ainsi caractérisée d'emblée (Souville, th. Paris, 1895).

Elle se présente dans l'hypocondre droit avec les caractères physiques suivants :

Siège hypocondral, souvent sur la ligne oblique chondro-costo-ombilicale.

Tumeur circonscrite, bien limitée, ou arrondie ou pyri-forme, de consistance dure, présentant des bosselures qui donnent la sensation de noisettes contenues dans un sac (J.-L. Petit).

Volume variable et n'offrant ici rien de spécial et de caractéristique.

Spontanément mobile, suivant le foie dans ses mouvements physiologiques. Parfois le malade la sent bouger lorsqu'il se retourne dans son lit. On peut lui imprimer les mouvements déjà décrits.

Ressemble par les autres signes physiques à notre description générale.

Cependant, lorsque la tumeur s'accompagne de péricystite, — ce qui n'est pas très rare, — les caractères de forme sont moins tranchés et l'on ne perçoit qu'une tuméfaction dure, à siège biliaire, ce qui obscurcit tant soit peu le diagnostic.

La tumeur est quelquefois peu sensible quand on la manipule ; mais généralement la palpation est douloureuse ; il semble même à certains malades qu'ils ont là une aiguille qui s'enfonce dans les chairs à la moindre pression.

J. L. Petit a indiqué qu'en malaxant la tumeur, on peut quelquefois sentir un craquement ou entendre un bruit

semblable à celui que feraient des noisettes enfermées dans un sac. Cette sensation, qui résulte de la collision des calculs entre eux, est spéciale à la cholécystite scléreuse que nous décrivons ici. L'auscultation de la région lui donne un caractère encore plus tranché, comme le signalent Barth et Roger (*Traité d'auscultation*, 7^e édit., p. 497). Ce bruit de collision doit être recherché avec soin, car il est pathognomonique ; mais il est assez rarement perçu.

Les symptômes fonctionnels sont plus ou moins marqués.

Quelquefois le malade ne se plaint pas beaucoup de sa région hépatique ; ou bien il se plaint simplement de tiraillements, de sensations de pesanteur ; assez souvent il y a des phénomènes douloureux accentués : douleurs paroxystiques ou fixes, remontant parfois à plusieurs années, à siège vésiculaire.

Le malade peut être en proie aux troubles habituels de la lithiase (coliques, suivies d'ictère), sans que ces symptômes prennent dans ce cas une allure spéciale ; il peut présenter des troubles réflexes et notamment des troubles digestifs ; mais il n'éprouve pas ces phénomènes généraux graves, indices certains, avons-nous dit en commençant, d'infection biliaire et de suppuration.

B. — *Tumeurs cholécystiques malignes.*

Le cancer de la vésicule offre souvent les mêmes caractères de volume, de consistance et de forme que la tumeur calculuse précitée. Cependant généralement il y a des nuances dans ces caractères physiques qui permettent, dans

beaucoup de cas, de les différencier. Le plus souvent la consistance du cancer est très irrégulière : à côté de points durs existent des points mous. La tumeur calculeuse peut être très mobile et le cancer ne l'est jamais. Enfin le néoplasme malin est très sensible à la pression et, de plus, il est le siège de douleurs lancinantes spontanées. Son volume s'accroît assez rapidement, et les signes de la cachexie cancéreuse sont précoces.

Rappelons ici que la coexistence de la lithiasé et du cancer des voies biliaires est, pour ainsi dire, la règle. Cependant la colique hépatique véritable est rare dans le cancer de la vésicule, soit que les calculs se forment tardivement ou par suite de l'obstruction des canaux excréteurs par les productions néoplasiques. Il ne faudra pourtant pas conclure trop vite à l'absence de cancer, de ce que des accidents de cholélithiasé se seront montrés.

Tels sont les signes différentiels entre les deux variétés de tumeurs solides de la vésicule.

Ajoutons, en terminant ce chapitre, qu'ils sont très souvent insuffisants, à cause de leur manque de netteté, pour résoudre le problème que se pose le clinicien et que les cas sont très nombreux où l'on a cru avoir affaire à des tumeurs calculeuses alors qu'il y avait cancer de la vésicule. La confusion ne serait pas regrettable si ces deux affections jouissaient du même traitement et du même pronostic ; mais bien rarement on fait à temps l'incision exploratrice permettant d'amener sur un cancer vésiculaire énucléable.

C. — *Hydropisie de la vésicule biliaire.*

Le diagnostic d'hydropisie de la vésicule se fera par l'examen critique des signes fonctionnels de la tumeur qu'on observe; mais bien souvent la ponction ou l'incision exploratrices seront seules capables de nous fournir le renseignement demandé.

L'hydropisie de la vésicule s'accompagne de signes objectifs parfois assez nets. Dans l'hypocondre droit, sous le bord inférieur du foie, la palpation fait constater l'existence d'une tumeur circonscrite, régulière, pyriforme, élastique, tendue et n'offrant qu'une fluctuation incertaine. Parfois la vue permet de reconnaître une déformation de l'hypocondre. Le volume de la tumeur est variable; il égale souvent celui du poing et sa partie culminante se trouve être exactement située au-dessous de l'extrémité externe du dernier cartilage costal. Cette tumeur est mobile et mate à la percussion. L'hypocondre est peu douloureux à la palpation et par elle-même la tumeur est souvent indolente. Enfin elle ne s'accompagne ni d'ictère chronique ni de phénomènes fébriles. Le foie a son volume presque normal et n'est guère douloureux. Parfois elle est sujette à des variations périodiques de volume, comme l'a vu le premier J.-L. Petit et puis d'autres après lui.

La ponction aspiratrice nous ramènera un liquide plus ou moins abondant, souvent brunâtre, ressemblant parfois par sa limpidité au contenu des kystes hydatiques.

L'examen de ce liquide y décèlera souvent des éléments de la bile ; assez souvent aussi il ne nous dira rien.

Aussi sera-t-on renseigné seulement par l'incision abdominale qui nous montrera *de visu* tout ce que nous voulons savoir.

D. — *Tumeur purulente enkystée ou empyème de la vésicule.*

L'empyème vésiculaire se produit tantôt d'emblée et tantôt il est secondaire à une tumeur calculeuse pure ou à l'hydropisie de la vésicule.

Quand, chez un individu porteur de tumeurs semblables, on verra survenir des signes d'inflammation, douleur locale, frissons, fièvre intermittente vespérale, etc., que la tumeur perdra son indolence et sa mobilité, on pourra affirmer leur transformation purulente.

Mais, si l'empyème se montre d'emblée, sans qu'on ait au préalable observé une tumeur, on croira volontiers à un abcès du foie, dont on constate tous les signes diagnostiques, ou bien encore à une cholécystite calculeuse suppurée ; nous avons discuté dans un autre chapitre ce diagnostic différentiel, qui est très difficile à faire.

E. — *Tumeur biliaire.*

La tumeur biliaire, qui est due à l'oblitération du canal cholédoque, se reconnaîtra à ses signes locaux, qui sont

ceux de l'empyème vésiculaire, mais surtout aux signes généraux graves qui l'accompagnent et qui sont dus à la rétention de la bile. Cette rétention a pour conséquences habituelles le développement d'une cirrhose hypertrophique caractérisée comme toujours par l'ictère chronique et ses suites classiques, le développement du foie, la splénomégalie. Le malade s'amaigrit rapidement, la dépression, la déperdition des forces peuvent aboutir au marasme, par cholémie et aussi par urémie. Bientôt des accidents fébriles irréguliers, l'aggravation de l'état général, des phénomènes locaux douloureux indiquent l'inflammation des canaux biliaires (angiocholite, périangiocholite) et l'affection se termine par le tableau symptomatique de l'ictère grave.

QUATRIÈME PARTIE

Diagnostic étiologique de la tumeur.

La connaissance du mécanisme suivant lequel se produisent les tumeurs cholécystiques présente un intérêt considérable pour le diagnostic : c'est ainsi qu'en présence d'une tumeur hydropique on posera le diagnostic d'oblitération du canal cystique ; de même que la reconnaissance d'une tumeur biliaire avec ictère permanent implique presque forcément le diagnostic d'occlusion du canal cholédoque.

Ce n'est pas cette question que nous voulons traiter dans cette partie. Nous avons ici en vue le diagnostic non du siège de l'obstruction, mais bien de la cause de cette obstruction.

Pour le canal cystique, ce diagnostic est relativement simple. On n'a guère à choisir qu'entre trois processus : le passage d'un cholélithe déterminant l'occlusion par enclavement ou par sténose cicatricielle consécutive ; l'obstruction par production cancéreuse propagée au canal cystique ou même limitée là ; la production d'adhérences périto-

néales par péritonite localisée. Le premier de ces modes est de beaucoup le plus fréquent et les commémoratifs de coliques hépatiques, d'ictère et de décoloration des fèces mettront souvent sur la voie du diagnostic et suffiront pour lever toute hésitation.

Quelquefois cependant le mécanisme est différent et le canal est bouché non par son intérieur, mais il est fermé de dehors en dedans par suite d'adhérences dues à une péritonite circonscrite à ce niveau, par un peu de périangiocholite. Ces adhérences produisent même parfois le syndrome de la colique hépatique et il est alors bien difficile de ne pas croire à des phénomènes de lithiasé biliaire. Nous nous sommes expliqué à ce sujet à propos du diagnostic avec les tumeurs du péritoine.

Le problème à résoudre est encore bien plus complexe, bien plus difficile, sinon impossible pour l'obstruction du canal cholédoque, dont les causes sont si nombreuses et si variées.

Avec von Schueppel, on peut diviser ces causes d'occlusion suivant leur situation ou suivant leurs caractères pathologiques.

Dans le premier cas, il y aura lieu de considérer trois catégories de causes siégeant : 1° dans la cavité du conduit ; 2° dans sa paroi ; 3° hors du canal qui, bien que sain, est comprimé et imperméable.

Quelques causes, à la vérité, agissent suivant les trois modes : un cancer par exemple pourra comprimer le canal, infiltrer ses parois et envoyer des végétations dans sa lumière.

Dans le second cas, nous aurons à étudier trois classes de

causes : 1° les corps étrangers ; 2° les processus inflammatoires, qui peuvent agir en siégeant dans les parois du canal ou dans les tissus circonvoisins ; 3° les néoplasmes, dont le mode d'action est très variable. C'est cet ordre que nous suivrons, et nous terminerons par un court exposé des causes d'obstruction exceptionnelles et peu diagnostiquables.

Les corps étrangers pouvant oblitérer le canal cholédoque sont constitués par des calculs, par des entozoaires et par des débris alimentaires.

L'obstruction par des calculs est, de toutes les formes d'obstruction, celle qui est de beaucoup la plus fréquente. Elle est d'un diagnostic assez souvent difficile. Cependant on a signalé à ce point de vue quelques particularités importantes. C'est ainsi que, lorsque l'oblitération du cholédoque est le fait d'un calcul, la vésicule est très souvent atrophiée ; dans les oblitérations de toute autre nature, elle est dilatée et distendue (loi de Courvoisier-Terrier). Un autre signe probant, c'est la persistance d'un état général relativement satisfaisant, malgré les signes de rétention biliaire que présente le malade, et la constatation de signes d'inflammation, irréguliers et fugaces, les calculs étant, de toutes les causes d'obstruction, celle qui détermine le plus facilement les phénomènes d'angiocholite. Quant à l'existence antérieure de signes de cholélithiase (crises de coliques hépatiques, passage de calculs dans les selles), elle a une importance qu'il ne faut pas exagérer. Entre autres arguments, nous avons vu par exemple que la lithiase biliaire coïncidait assez fréquemment avec une autre cause d'obstruction cholédocienne, avec le cancer de la tête du pan-

créas, et que même, dans certains cas, la colique hépatique faisait partie de la symptomatologie dudit cancer, sans qu'il y ait nullement alors association de cholélithiase. Nous avons mentionné, d'autre part, que la coexistence de la lithiase et du cancer primitif des voies biliaires est pour ainsi dire la règle.

L'obstruction du canal cholédoque par des vésicules hydatiques, provenant de la rupture d'un kyste du foie, n'a guère de chances d'être diagnostiquée, en raison de la rareté du fait. Cependant, l'examen des garde-robes viendrait lever tous les doutes, à condition toutefois que le kyste ait pu se vider partiellement dans l'intestin. Mais, comme il est fréquent dans ces cas que l'ouverture du kyste dans l'appareil excréteur de la bile s'accompagne de symptômes de colique hépatique, et parfois même distende la vésicule biliaire et simule une tumeur hydropique, on conçoit que, dans la plupart des cas, on songe de préférence à une obstruction cholélithiasique.

L'occlusion cholédocienne par d'autres parasites (lombrics, etc.) ou par des débris alimentaires, qu'on observe parfois à l'autopsie, ne sera, nous le pensons, jamais diagnostiquée.

La sténose cicatricielle du conduit pourra être soupçonnée, grâce aux commémoratifs. De même, l'histoire clinique du malade permettra d'établir l'action d'une périhépatite.

L'occlusion, par un cancer du duodénum ou de la tête du pancréas, propagé au canal cholédoque, ou simplement comprimant ce conduit, pourra se reconnaître aux caractères suivants. Avant l'apparition de l'ictère, le malade,

pendant un temps plus ou moins long, se sera plaint de douleurs vagues ou lancinantes dans les régions épigastrique ou hypocondriaque. La douleur persiste ou s'aggrave, lorsque l'ictère s'est établi, et s'exaspère après les repas. Souvent à ce signe s'ajoutent un état nauséux, des hématemèses, du méloena. La palpation abdominale permettra parfois de reconnaître une tumeur indépendante de la tumeur cholécystique qu'on perçoit dans l'hypocondre (Bard et Pic).

La même circonstance se retrouve en général dans les tumeurs cancéreuses du péritoine ou de l'épiloön, lorsque leur volume est suffisant pour exercer une compression sur le canal cholédoque.

Quant à l'occlusion par le cancer de l'estomac, elle se diagnostiquera assez facilement, grâce aux signes assez particuliers qui accompagnent d'ordinaire cette affection.

Dans tous ces cas de cancer, on verra, du reste, au bout d'un temps généralement peu long, la cachexie spéciale se surajouter aux signes produits par la rétention biliaire.

Dans l'obstruction causée par les affections des ganglions du hile du foie (cancer, lymphadénome, tuberculose), la veine porte est toujours comprimée en même temps que le canal cholédoque : d'où ascite. En outre, la dégénérescence ganglionnaire est très rarement primitive et sa cause première pourra quelquefois être reconnue.

Enfin, si nous passons à l'exposé des causes exceptionnelles d'obstruction, il nous faudra d'abord parler de l'imperforation congénitale du cholédoque. Les exemples de cette anomalie sont rares. On cite partout particulièrement les faits anciens de Blasius et de Lhommeau. Dans l'obser-

vation de Blasius, il s'agit d'un enfant qui avait vécu huit mois; il avait une énorme distension de la vésicule et une suffusion de bile dans l'abdomen. L'enfant de Lhommeau avait vécu trois mois; il était ictérique; il n'avait pas rendu de méconium; le cholédoque était imperforé; il existait un engorgement biliaire de tout le foie et une dilatation générale des conduits hépatiques. Plus récemment Hénoc'h a rapporté un beau cas d'ictère par malformation congénitale de ce genre: un enfant de quatre mois, jaune depuis sa naissance, meurt; à l'autopsie on trouve un foie petit, olivâtre, une vésicule rudimentaire et pas trace de conduits biliaires. Voilà donc une cause exceptionnelle d'ictère des nouveau-nés par obstruction congénitale du cholédoque, à laquelle on ne songera pas toujours. Disons cependant qu'en thèse générale, un ictère qui dure, chez le nouveau-né, plus de quinze jours, peut être attribué à une oblitération de la nature de celles que nous indiquons ici.

Comme autre cause rare et non diagnosticable d'obstruction, citons encore la compression du cholédoque par un anévrysme de l'artère hépatique. Frerichs donne pour faire ce diagnostic quelques signes qui semblent de peu de valeur (digestion duodénale imparfaite, douleurs de la région s'exaspérant après les repas). Le plus sérieux de ces signes est la névralgie par compression du plexus hépatique; mais il est bien difficile de la distinguer de la colique biliaire. Les pulsations ne peuvent être reconnues en général; il en était du moins ainsi dans le cas de Hale White qu'a cité récemment le *Bulletin médical* (7 février 1892) et dans lequel le malade présentait un ictère par compression des canaux biliaires extra-hépatiques. Enfin parfois le ma-

lade a offert tous les symptômes de la lithiase biliaire, comme dans le cas de Riedel, où l'on ne trouva à l'autopsie qu'un anévrysme de l'artère hépatique (Rapporté *in* thèse inaugurale de Sauerteig, Iéna, 1893.)

Nous n'avons pas-encore parlé de la compression par une tumeur abdominale volumineuse (rein, ovaire, matrice, grossesse), parce que ce diagnostic, en raison même du volume de la tumeur, ne présente guère de difficulté.

CINQUIÈME PARTIE

Exploration chirurgicale des tumeurs vésiculaires de l'hypocondre droit.

« Il y a bon nombre de maladies, disait, en 1888, M. le Professeur Bouchard, dans sa leçon d'ouverture, qui de médicales deviennent chirurgicales, c'est-à-dire des maladies que le traitement général ne guérit pas et qui guérissent avec le traitement local ; des maladies qui résistent au médecin et qui cèdent devant le chirurgien. Ainsi le départ des maladies entre la médecine et la chirurgie, tel qu'on le comprenait autrefois, subit une modification profonde. La chirurgie n'avait à soigner autrefois que les traumatismes et les maladies extérieures ou superficielles. Il y a longtemps qu'un barbier hardi s'est emparé de la vessie. La chirurgie ne s'occupait des viscères que lorsqu'une hernie les rendait superficiels ; aujourd'hui elle va les saisir dans la profondeur des cavités. Son domaine s'étend parce que l'antisepsie a presque supprimé les limites de son action, parce qu'elle arrive à porter partout le remède sur le siège du mal. Tout ce qu'il devient possible de traiter localement devient chirurgical. »

Il en est tout à fait ainsi des maladies de la vésicule biliaire et leur traitement passe de plus en plus à la chirurgie. Et, « si l'on considérait, il y a cinq ans à peine, le traitement chirurgical de la lithiasé biliaire comme un empiétement téméraire de la chirurgie sur le domaine de la médecine, nous pouvons constater aujourd'hui que les résultats de cette dernière sont aussi insuffisants qu'ils l'étaient alors, tandis que la chirurgie a fait des progrès considérables, et que le traitement opératoire, dans un grand nombre de cas de calculs biliaires, s'impose maintenant comme un devoir absolu ».

C'est en ces termes que Kehr (d'Halberstadt) s'exprimait en mai 1896 à la Société allemande de Chirurgie, où il venait annoncer que, sur près de 300 opérations de chirurgie biliaire, il comptait 92 succès sur 100.

Mais, d'autre part, tout ce que nous avons dit dans cette thèse proclame que le diagnostic des tumeurs vésiculaires est souvent difficile, pour ne pas dire impossible, par les moyens d'exploration usuels. Et cependant, le malade peut être en danger de mort et cependant l'intérêt est grand de savoir ce qu'il a : le traitement curatif en dépend.

Or il est des moyens capables de nous aider à préciser le diagnostic et d'une innocuité habituelle. Ces moyens sont la ponction et surtout l'incision exploratrices. N'hésitons pas, quand il le faut, à y recourir.

CONCLUSIONS

I. — L'importance du diagnostic précis des tumeurs de la vésicule biliaire devient actuellement de plus en plus considérable, à mesure que se multiplient sur elles les indications chirurgicales et les interventions utiles.

II. — Outre les tumeurs qui ont leur siège habituel dans l'hypocondre droit, on est exposé à observer dans cette région beaucoup d'autres tumeurs d'origine très variée.

III. — Le diagnostic de ces tumeurs hypocondriaques est difficile, car les signes fonctionnels pathognomoniques manquent assez fréquemment et les moyens d'exploration physique usuels sont souvent impuissants à résoudre, à eux seuls, les problèmes posés.

IV. — Le diagnostic des variétés de tumeurs cholécystiques est difficile.

V. — En dernier ressort, il faut assez souvent recourir, pour faire un diagnostic précis, aux procédés exceptionnels d'exploration physique, c'est-à-dire à la ponction et surtout à la laparotomie exploratrices.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRAL. — Archiv. gén. de méd., 1823, tome II, p. 205.

BARD et PIC. — Cancer primitif du pancréas. Revue de méd., 1888.

BARTH et BESNIER. — Voies bil. Dict. encyc., t. IX, p. 596.

BERTHAUT. — Étude sur l'élimination des kystes hydatiques à travers les voies biliaires, th. Paris, 1883.

BERTRAND. — Cancer de la vés. bil., th. Paris, 1870.

BONNAMY. — Étude cliniq. sur les tumeurs du pancréas, th. Paris, 1879.

BOUILLY. — Pathol. ext. des 4 agrégés, tome IV.

BRAINE. — Traité chir. des kystes hyd. du foie, th. Paris, 1886.

BROCA. — Presse méd., 9 mai 1896. — Sem. méd., 13 mai 1896. — In thèse Calot, 1890.

BROWN. — Cité in th. Deschamps, 1886.

BURET. — Diag. de l'ectopie rénale, th. Paris, 1883.

BUSSON. — Cancer de l'ampoule de Vater, th. Paris, 1890.

CALLAIS. — Ectopie rénale, th. Paris, 1883.

CALOT. — De la cholécystectomie, th. Paris, 1890.

CHARCOT. — Mal. du foie, des voies bil. et des reins, 1877.

CHAUFFARD. — Traité de méd.

COURVOISIER. — Cité in. th. Calot, 1890.

DA COSTA. — Cité in Traité de chir. (Cancer du pancréas).

DELAGENIÈRE. — Cholécystentérostomie, th. Paris, 1890.

DELBECQ. — Des lésions de la vés. bil. dans la lithiase, th. Paris 1892.

DENUCÉ. — Tumeurs et calculs de la vés. bil., th. d'agrég., Paris, 1886.

DESCHAMPS. — Péritonite périhépatique, th. Paris, 1886.

DIEULAFOY. — Pathol. int., 8^e édit — Les kystes hyd. et leur trait., Gaz. hebd., 1877. — De l'ictère catarrhal prolongé. Sem. méd., juillet 1888.

DUCHESNE. — Rein mobile, th. Paris, 1891.

E. DUPRÉ. — Les infect. bil., th. Paris, 1891. — Gaz. des hôp., 1891, n° 97, p. 901.

DURAND-FARDEL. — Cancer de la vés. bil., Archiv. gén. de méd., 1840, t. III, p. 168.

DURAND-FARDEL (RAY.) — Cancer de l'ampoule de Vater, Press. méd., 17 juin 1896.

FLEURY. — Fistule bil. conséc. à une ponc. explor., Loire méd., n° 12, 15 déc. 1884, p. 337.

FOURNIÉ. — Du rein flottant au point de vue diagnostique, Rev. méd. franç. et étrang., 6 janv. 1883.

FRAENKEL. — In Revue de Hayem, n° 42, p. 270, 1893, et in th. Longuet, 1896.

E. FRITZ. — Des reins flottants. Archiv. gén. de méd., 1859, p. 158 et 301.

GÉRARD-MARCHANT. — Presse méd. des 16 mai et 6 juin 1896. — Sem. méd. du 20 mai 1896.

GERSUNY. — Sem. méd., 1894, p. 538 et in th. Longuet, 1896.

GRISOLLE. — Pathol. int., tome I, p. 611.

GROUT. — Ectopie rénale, th. Paris, 1874.

GUÉNEAU DE MUSSY. — Union méd., 20 juin 1867.

HALE WHITE. — Bul. méd., 7 février 1892.

HANOT et GILBERT. — Étude sur les maladies du foie, 1888.

HAUTEVILLE. — Tumeurs formées par la vés. bil., th. Paris, 1873.

HOCHENEGG. — In th. Calot, 1890.

ISRAEL et ADLER. — In Revue Hayem, 1893, n° 41, p. 285.

JACCOUD. — Cliniques de la Pitié, p. 149, 1886.

KEHR. — Zur chirurgie der Gallensteinkrankheit. Deutsche Zeitschrift f. Chir., 38^e Bd., 1894, p. 321. — Méd. mod., 17 juin 1896. — Sem. méd., 6 juin 1896.

KOCHER. — In th. Calot, 1890.

KOHLER. — Beitrag zur casuistik der Operationen an der Gallenblase. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 39^e Bd., 1894, p. 549.

LANCEREAUX. — Épithéliome de la vés. bil., Sem. méd., 1887, p. 334.

LATOUCHE. — In Bul. Soc. Chir., 13 mars 1889.

LE CUZIAT. — Rein mobile douloureux, th. Paris, 1889.

LÉONTÉ. — In Congrès fr. de chir., 1892.

LINDNER. — In. Rev. Hayem, n° 40, p. 623, 1892.

LEGRAND. — Sclérose et épith. de la tête du pancréas, Rev. méd., février 1889.

LONGUET. — Trait. chir. de l'angiocholécystite non calculeuse, th. Paris, 1896.

LUTON. — Art. voies bil. In dict. Jaccoud.

MADRE. — Cancer du pancréas, th. Paris, 1883.

MARTIG. — Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege. Mittheil. aus Kliniken und medicin. Instituten der Schweiz. Basel, 1893.

MERMANN. — Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege. — Beiträge zur Klin. Chirurgie, Bd. 13, 1895, p. 319.

MICHAUX. — Presse méd., mai 1896. — Sem. méd., 13 mai 1896.

MONOD. — Presse méd., 23 mai 1896. — In th. Morin, 1894.

MORIN. — Épith. prim. de la vés. bil., th. Paris, 1891.

MORIN. — Hydropisie de la vés. bil., th. Paris, 1894.

OZENNE. — Journ. méd. Paris, 10 mars 1895.

PÉAN. — Cliniques, 1877, n° 755.

PÉRIER. — Bul. Acad. méd., 10 octobre 1890.

J.-L. PETIT. — Sur les tumeurs formées par la vés. bil. Acad. royale de chir., 1743, t. II, p. 255-309.

PEYROT. — Pathol. ext. des quatre agrégés, tome III.

PITTOIS. — Ectopie rénale, th. Paris, 1879.

POTHEBAT. — Diag. et trait. chir. des kystes hyd. du foie, th. Paris, 1889.

PLICQUE. — Exam. phys. du foie. Gaz. hôp., 17 nov. 1894.

QUÉNU. — Traité de chir., 7^e vol.

RACLE, STRAUS et FERNET. — Traité de diag., 5^e édit.

RAMOS et COCHEZ. — Rev. méd., sept. 1887. Cirrhose bil. par obstruction à la suite d'un cancer du pancréas.

REBOUL et VAQUEZ. — Bul. Soc. anat., 8 juin 1888.

RHEINSTEIN. — Diag. des affec. du foie. Bul. méd., 8 nov. 1891.

RICARD. — Presse méd. et Méd. mod., 20 juin 1896.

RIEDEL. — In Revue de Hayem, 1889, p. 221. — In thèses Longuet et Sauerteig.

SAHLI. — Sem. méd., 1886, p. 153.

SALLES. — Cancer du pancréas, th. Paris, 1880.

SAUERTEIG. — Ueber das Aneurysma der Arteria hepatica, th. d'Iéna, 1893.

SAVAGE. — In Brit. méd. journ., 1884, p. 453.

SEGOND. — Traité de chir., 7^e vol.

TAYLOR. — In th. Morin, 1894. — Revue de Hayem, passim.

TERRIER. — In th. Calot, 1890. — Bull. Acad. méd., 30 septembre 1890 et 4 novembre 1890. — Revue de la chirurgie (la collection de la). — Progrès médical, 18 août 1888.

TERRILLON. — Bull. Soc. chir., 20 mars 1889. — Bull. Acad. méd., 14 février 1888.

TILLAUX. — Anat. topogr., 6^e édit. — Chirurgie clinique, 3^e édit.

TREDELEMBURG. — Cité in th. Morin, 1894.

TROUSSEAU. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, tome III, p. 808, édit. 1877.

TUFFIER. — Traité de chir., 7^e vol. — Presse méd. du 21 mars 1896. — Sem. méd. des 25 mars et 3 juin 1896.

VERNAY. — Étude clinique et anatomo-pathologique du
cancer du pancréas, th. de Lyon, 1884.

VILLARD. — Bull. Soc. anat., 1870, p. 217.

Vu :

Le Président, TERRIER.

Vu :

Le Doyen, BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

